

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1895 à 1 heure

PAR

Emile CAMELOT

Ancien interne des hôpitaux de Lille
Lauréat de la Faculté libre de Lille

NÉ A COUTICHES (NORD) LE 19 NOVEMBRE 1870

DE L'HÉMATOSALPINX

PATHOGÉNIE, SYMPTOMATOLOGIE & TRAITEMENT

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
 { BOUILLY, agrégé.
 { BRUN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juin 1895 à 1 heure

PAR

Emile CAMELOT

Ancien interne des hôpitaux de Lille

Lauréat de la Faculté libre de Lille

NÉ A COUTICHES (NORD) LE 19 NOVEMBRE 1870

DE L'HÉMATOSALPINX

PATHOGÉNIE, SYMPTOMATOLOGIE & TRAITEMENT

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
BOUILLY, agrégé.
BRUN, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

FAIBLE GAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AMOUR FILIAL

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

A MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DURET

Ancien chirurgien des hôpitaux de Paris,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

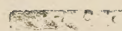
A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESPLATS

Professeur de clinique médicale,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EUSTACHE

Doyen de la Faculté libre de médecine,
Professeur de clinique obstétricale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGIER

 Professeur d'anatomie pathologique,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine de Padoue.

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

On a, dans ces dernières années, beaucoup parlé et beaucoup écrit, à propos des affections des annexes utérines. Protégé par l'antisepsie contre les terribles complications qui faisaient reculer ses prédécesseurs, le chirurgien, de nos jours, ne craint plus de porter ses investigations vers des organes autrefois inabordables. Cette audace, couronnée d'ailleurs par le succès, a eu pour résultat, non seulement d'apporter un remède à certaines maladies contre lesquelles on était jusque-là réduit à employer des moyens trop souvent impuissants, mais encore de bouleverser toute l'histoire pathologique de la cavité pelvienne, dont les affections ont pu être étudiées de près, sur le vivant. De celles-ci, il en est une qui est caractérisée par la présence de sang dans les trompes : c'est l'hématosalpinx.

Sans constituer, à vrai dire, une entité morbide bien définie, l'hématosalpinx se distingue cependant des autres maladies des annexes par certains caractères spéciaux : par les conditions qui président à sa naissance, par les lésions qui l'accompagnent, par leur évolution et souvent aussi par les indications thérapeutiques qui en résultent. Il mérite donc que l'on en fasse une étude particulière.

C'est ce que nous avons essayé de faire, sur le conseil de notre cher maître M. Duret.

D'autres nous ont précédé dans cette voie. Il nous a semblé pourtant qu'une nouvelle monographie de l'hématosalpinx ne serait pas inutile.

En effet, parmi les travaux dont cette question a été l'objet, les premiers en ont méconnu un des côtés les plus curieux, c'est-à-dire les relations qui existent entre les collections sanguines des trompes et la grossesse tubaire. Les plus récents, au contraire, inspirés par de très intéressantes recherches histo-

logiques, sont presque exclusivement consacrés à l'étude de ces relations, de telle sorte qu'aujourd'hui celles-ci semblent bien près de faire oublier tout le reste, et que, dans l'esprit de beaucoup, hématosalpinx est devenu synonyme de grossesse tubaire avortée. A notre avis, il y a là une exagération.

Dans un court mémoire, publié en 1892, nous avons essayé déjà de le montrer, en nous basant sur plusieurs faits que nous avons pu observer dans le service de notre maître, M. le Professeur Duret. Quelques observations nouvelles et des recherches plus complètes nous ont confirmé dans cette opinion que, à côté de l'avortement tubaire, l'inflammation primitive de la trompe, seule invoquée naguère et trop négligée aujourd'hui, occupe vraiment une place importante dans la pathogénie de l'hématosalpinx.

Mais ce n'est pas là le seul point intéressant. Les rapports qui existent entre l'hématosalpinx et les salpingites en général, les moyens de le distinguer cliniquement de celles-ci ; son évolution presque fatale vers certaines complications et surtout l'hématocèle rétro-utérine, et enfin les particularités de son traitement, nous ont paru dignes d'attirer l'attention.

Nous avons donc en réalité voulu faire une revue générale de la question. Si l'on trouve intéressantes et utiles les quelques considérations que nous avons cru pouvoir y ajouter, d'après nos observations personnelles et l'étude de nombreux documents, notre but sera pleinement atteint.

Mais l'honneur en reviendra à nos maîtres de la Faculté libre de Lille. Et c'est pour nous une grande satisfaction de pouvoir, à la fin de nos études médicales, leur donner un témoignage public de notre reconnaissance. Tous y ont droit ; mais nous sommes plus particulièrement heureux d'assurer de notre vive gratitude et de notre respectueux attachement nos maîtres dans les hôpitaux MM. les Professeurs Duret, Desplats, Eustache, Augier, qui nous ont initié aux secrets de la clinique et nous ont tant de fois donné des marques de leur affectueux intérêt.

A nos camarades de l'internat, à notre excellent ami Monestié surtout, qui ne nous a pas ménagé son dévouement, tous nos remerciements pour la profonde sympathie qu'ils nous ont

si souvent manifestée. Nous les adressons aussi, ces remerciements, à notre ami Bosquet qui s'est si aimablement mis à notre disposition pour nous aider dans nos recherches bibliographiques.

M. le Professeur Le Dentu a bien voulu accepter la présidence de notre thèse : nous apprécions hautement le grand honneur qu'il nous fait, et le prions de recevoir l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0052

DÉFINITION DU SUJET

Nous appelons *hématosalpinx* (1) toute collection sanguine de la trompe de Fallope, sans nous préoccuper de la cause qui lui a donné naissance. Il est cependant utile, pour bien définir le sujet que nous sommes proposé de traiter, d'apporter ici quelques explications.

Et d'abord, il est une variété d'hématosalpinx que nous laisserons tout à fait de côté. Elle diffère tellement des autres par son origine, ses symptômes, les lésions qui l'accompagnent, et enfin le traitement qu'elle exige, que nous croyons pouvoir l'en séparer complètement. C'est celle qui succède à une malformation de l'appareil génital de la femme, et à la rétention du sang menstruel qui en est la conséquence.

D'autre part, on pourrait nous demander quelle distinction nous faisons entre une collection sanguine de la trompe, et certaines formes de grossesse tubaire, arrêtées dans leur évolution. (Nous verrons, en effet, que l'hématosalpinx reconnaît souvent pour cause une grossesse tubaire avortée). Ce qui fait, pour nous, cette distinction, c'est l'*absence*, dans l'hématosalpinx, de l'*embryon* ou du *fœtus*. A quelques-uns, elle paraîtra peut-être superficielle ; nous croyons cependant devoir la maintenir ; car, si certaines grossesses tubaires renfermant un tout petit embryon mort diffèrent peu de l'hématosalpinx proprement dit, la présence du fœtus et de ses annexes suffit, dans l'immense majorité des cas, à donner à la maladie une allure spéciale. Nous ne décrirons donc, parmi les hématosalpinx, que les kystes fœtaux dans lesquels le fœtus aura disparu, quel que soit d'ailleurs le mode de cette disparition (2).

(1) De αιμα, sang, σαλπινξ, trompe.

(2) L'embryon mort et désagréé, « la lésion change d'allures cliniques et de pronostic, comme de nature. » (Pozzi. *Traité de gynécologie*).

Enfin, le terme de *collection sanguine* impliquant nécessairement l'idée de dilatation, de distension du contenant, et de rétention du contenu, nous n'étudierons pas spécialement les hémorragies tubaires qui s'écoulent librement au dehors ; elles ne sont d'ailleurs que la manifestation d'un état dyscrasique grave (maladies infectieuses). D'autres fois, cependant, elles viennent se surajouter aux produits de sécrétion d'une salpingite catarrhale, et, dans ce cas, peuvent aboutir à l'hématosalpinx. Comme telles, nous en étudierons le mécanisme. Mais, rappelons-le, l'hématosalpinx est une *collection enkystée* de la trompe.

HISTORIQUE

L'histoire de l'hématosalpinx est de date toute récente, comme d'ailleurs celle des salpingites, et, il n'y a pas très longtemps encore, les traités classiques de gynécologie en faisaient à peine mention. C'est que, si la présence du sang dans les trompes avait été signalée depuis un certain nombre d'années, ce fait n'avait guère retenu l'attention par lui-même.

En effet, dans une première période que nous pourrions appeler *période ancienne*, quoiqu'elle ne remonte pas bien loin et s'étende presque jusqu'à nos jours, c'est à l'autopsie seulement que l'on constate l'existence de collections sanguines de la trompe, et chaque fois leur importance s'efface devant celle des lésions qui les accompagnent.

Les premiers faits qui furent observés étaient dus à une rétention du flux menstruel dans toute l'étendue du canal génital; et cette rétention était la conséquence d'une malformation des organes sexuels externes. C'est ainsi qu'en 1764, dans un cas d'absence du vagin, de Haën trouve, à l'autopsie, un ensemble de lésions qu'il décrit ainsi : « Uteri stupenda moles, monstruosæque utrinque tubæ, tumorem una formabant, qui totum hypogastrium, explens..... Multa copia nigræ turbidæ fætentis aquæ deprehendebatur cavum in ventrem effusa, sed examine constitit ex parvis hinc inde tubarum putridarum aperturis eam profluere. Ruptura sane hæc videtur mortis causa fuisse. » (*Ratio medendi*, 1764).

Quelques cas analogues sont signalés ensuite par Boyer (1814) Boivin et Dugès (1), Locatelli (2).

(1) *Traité des maladies de l'utérus et des annexes*, 1833.

(2) *Gaz. méd. de Paris* 1848.

En 1848, paraît le célèbre mémoire de Bernutz « *Sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* » (1), et avec lui la théorie qu'Aran son adversaire, devait appeler la *théorie du reflux* et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. Ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'hématosalpinx constitue pour Bernutz la seconde période de la rétention menstruelle (V. plus loin : PATHOGÉNIE).

Ainsi donc, dans cette première phrase de la période ancienne, on considère les collections tubaires comme dues au reflux, par l'*ostium uterinum*, du sang provenant de l'utérus. Cependant, nous devons signaler un cas de kyste hémattique de la trompe dans lequel ce mécanisme n'avait pu être invoqué. En 1784, Seydel, pratiquant la laparotomie pour une tumeur qu'il croyait ovarienne, se trouva en présence d'un kyste tubaire, renfermant 1 litre 1/2 de liquide épais, couleur chocolat ; nous rapportons plus loin cette curieuse observation (obs. 72)

Dès 1851, Nélaton décrit l'hématocèle rétro-utérine (*Gaz. des Hôpitaux* 1851, nos 52, 53) ; beaucoup de médecins s'occupent alors de cette affection aux allures si souvent redoutables, et chacun s'efforce d'en éclaircir la pathogénie. L'opinion de Bernutz qui faisait venir de l'utérus le sang épanché dans le péritoine ne tarde pas à être fortement combattue, et l'on se demande si le sang ne proviendrait pas, dans certains cas, de la trompe elle-même. On étudie ainsi les *hémorrhagies tubaires*.

Déjà en 1839, Gendrin avait à plusieurs reprises trouvé du sang dans les oviductes de femmes mortes pendant la menstruation. Se basant sur ces faits et d'autres analogues, Fenerly (1855) (2), admet qu'il se produit une exhalation sanguine au niveau de la muqueuse tubaire, pendant la période menstruelle, et il voit, dans une exagération de ce fait physiologique, une cause fréquente d'hématocèle rétro-utérine. Une de ses phrases est même particulièrement intéressante à notre point de vue : « Que se passera-t-il, dit-il, si l'orifice péritonéal de la trompe est obstrué ou adhérent à l'un des organes environnants, et par

(1) *Archives générales de médecine*, 4^e série, tome 17.

(2) *De l'hématocèle rétro-utérine*. (Thèse, Paris, 1855).

exemple à l'ovaire ? Le sang, exhalé par la muqueuse tubaire, s'amassera et dilatera la trompe ; celle-ci, constituant alors la tumeur, se renversera par son propre poids et occupera le cul-de-sac péritonéal, c'est ce qu'une pièce anatomique que j'ai eue entre les mains démontre clairement. » N'est-ce pas là une description presque typique de l'hémato-salpinx ?

Scanzoni, dans son *Traité des « Maladies des organes sexuels de la femme »* (1) » consacre un paragraphe aux « hémorrhagies dans le canal des trompes » ; il admet l'hémorrhagie menstruelle et explique par elle certains cas d'hématocèle rétro-utérine.

Puech (2) étudie également (1858) l'hémorrhagie tubaire : « Comme toutes les muqueuses, et au même titre qu'elles, la trompe de Fallope peut être affectée de fluxion hémorrhagique ; elle ne saurait en effet posséder un privilège d'immunité. »

Trousseau (3) admet aussi l'hémorrhagie de la muqueuse tubaire et n'hésite pas à appeler « cataméniale » l'hématocèle rétro-utérine.

Voisin (4) admet la même explication.

Oulmont présente à la Société médicale des hôpitaux (10 février 1858) deux observations d'hématocèle rétro-utérine. Dans l'un des cas, les trompes, dont le pavillon venait se perdre dans le kyste rétro-utérin, étaient dilatées et renfermaient un liquide noirâtre semblable à celui qu'on trouvait dans la poche péritonéale. « Ne dirait-on pas, fait remarquer l'auteur, qu'il y eût chez notre malade une sorte d'hémorrhagie tubaire double, et que le sang, accumulé dans les trompes, se sera frayé une voie à travers les pavillons pour aller s'épancher dans la cavité rétro-utérine (5) ? »

Les hémorrhagies tubaires sont donc connues de tous les auteurs que nous venons de citer. Mais aucun d'eux ne les consi-

(1) Traduction DOR et SOCIN, Paris 1858.

(2) *De l'hématocèle rétro-utérine*, Thèse de Montpellier 1858.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1858, nos 72 et 75.

(4) *De l'hématocèle rétro-utérine*, Thèse de Paris 1858.

(5) *Bullet. de la Soc. méd. des hôpitaux*, T. IV, p. 30.

dère indépendamment de l'hématocèle rétro-utérine ; aucun d'eux, sauf Fenerly, ne paraît soupçonner que ces hémorrhagies puissent donner naissance à une collection tubaire, évoluant pour son propre compte, donnant lieu à des symptômes spéciaux ; aucun d'eux ne connaît l'*hématosalpinx*.

Cependant, de loin en loin, une autopsie démontre son existence ; et Becquerel, dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus* (1) (1859) en rapporte deux cas qu'il cite comme exemple curieux de dilatation des trompes.

En 1860, Bernutz (2) signale une observation analogue de Besnier, une autre de Fauvel, et se voit obligé d'admettre que le sang contenu dans la trompe ne provient pas, dans ces cas, de l'utérus, et il les range dans la « huitième espèce de rétentions menstruelles ».

En 1866, Meadows (3) trouve, dans une autopsie, les deux trompes dilatées et renfermant un liquide « jus de pruneaux ».

Mais ces faits, en raison de leur rareté, ne retiennent pas l'attention, et les traités classiques signalent à peine la possibilité de la présence du sang dans les trompes. Nous devons cependant faire exception pour la thèse de Seuvre (Paris 1874) qui, à ses « Recherches sur l'inflammation des trompes et ses conséquences », ajoute un court appendice dans lequel il étudie « les hémorrhagies ou rétentions sanguines dans les trompes enflammées ou oblitérées ».

Avec les premières interventions abdominales, s'ouvre une seconde période, *période contemporaine*, au cours de laquelle l'hématosalpinx, comme toutes les affections des organes pelviens de la femme, va être mieux connu et mieux étudié.

En pratiquant la laparatomie, les chirurgiens rencontrèrent à plusieurs reprises des trompes hystiques, dont le contenu était constitué par un liquide hématique : Lawson Tait (1881), Simpson, Thornton, Alberts (1884) se trouvèrent en présence de

(1) Tome II, p. 278.

(2) BERNUTZ et GOUPIL, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 1860. Tome I.

(3) *Trans. of the obst. soc. of London* 1866. VIII, p. 149.

faits de ce genre et les attribuèrent d'abord à une rétention du liquide normalement sécrété par la trompe au moment de la menstruation.

Dès 1887, MM. Cornil et Terrillon étendant à plusieurs cas d'hématosalpinx, observés par ce dernier, les recherches anatomo-pathologiques qu'ils avaient faites sur les salpingites, démontrent l'existence, dans ces cas, de lésions inflammatoires très marquées. Dès lors, l'hématosalpinx est rattaché à une inflammation de la muqueuse tubaire, et, dans les classifications des salpingites, la *salpingite hémorrhagique* occupe un rang spécial (1). Son importance est confirmée par de nouvelles observations de Terrillon, de Routier, dans les thèses de Lavie et Monprofit ; elle fait à elle seule le sujet de la thèse inaugurale de Guémes ; les chirurgiens la rencontrent de plus en plus fréquemment.

En 1889, l'histoire de l'hématosalpinx, et plus spécialement de sa pathogénie, entre dans une nouvelle phase. Déjà, une observation publiée dans la thèse de Fenerly (1833) avait démontré, grâce à la constatation histologique, faite par M. Robin, de villosités placentaires, que l'hématosalpinx pouvait être due à une *grossesse tubaire* arrêtée dans son évolution ; mais cette observation était restée inaperçue. Au Congrès tenu en 1889 à Heidelberg par les médecins allemands, Martin rapporte que, dans un cas d'hématosalpinx, il a trouvé des villosités chorionales, et il en conclut que les hématomes tubaires pourraient bien n'être que des grossesses extra-utérines. Presque en même temps que lui, ou à sa suite, Hanks (1889), Tuttle, Hamilton (1890) en Amérique ; Alb. Doran, Cullingworth, Bland Sutton, Lawson Tait en Angleterre ; Orthmann, Keller, Klein, Veit, en Allemagne font les mêmes constatations. En France, les recherches histologiques de M. Pilliet, consignées dans les *Bulletins de la Société anatomique* (mars-avril-juin 1891), établissent sur des bases définitives la nouvelle théorie, en montrant le mé-

(1) CORNIL et TERRILLON. *Archives de physiologie*, 1887.

ORTHMAN. Beitr. zur normalen Histologie und zur pathologie der Tuben, *Virchow's Arch.* 1887. Bd. CVIII, p. 163.

canisme des hémorrhagies qui se produisent dans la trompe à la suite de l'interruption de la grossesse tubaire. Dans une nouvelle série de travaux (1), Pillet étudie cette interruption elle-même, la pathogénie de l'avortement tubaire. Nous aurons, dans les chapitres suivants, l'occasion de signaler les études les plus récentes qui ont été faites sur ce sujet. Les recherches de Pilliet ont en effet inspiré plusieurs thèses ; d'autre part, les auteurs étrangers ont publié des faits nouveaux. Ces différents documents seront indiqués soit au cours de notre travail, soit dans la revue bibliographique qui le termine.

(1) Etudes sur l'avortement tubaire. *Progrès Médical*, 7 avril 1894 et Des ruptures de la trompe gravide *id.*, 7 octobre 1893.

PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas en vue, dans ce travail, l'hématosalpinx dû à une malformation congénitale des organes sexuels. Que cette malformation consiste en une absence de la vulve ou du vagin, en une imperforation ou oblitération de l'une des différentes parties du canal génital, ou même en une simple atrésie, elle constitue toujours un obstacle ; et, si l'état des ovaires et de la muqueuse tubo-utérine permet aux phénomènes menstruels de s'effectuer, cet obstacle nécessairement s'oppose à l'écoulement du sang, qui s'accumule alors dans les cavités situées au-dessus de lui ; vagin, utérus, trompes, cavité péritonéale, constituant ainsi successivement, de bas en haut, l'hématocolpos, l'hématométrie, l'hématosalpinx et enfin l'hématocèle rétro-utérine.

Ces faits, bien étudiés par Bernutz (1) sont trop connus pour que nous insistions davantage. Et d'ailleurs, dans les cas de ce genre, la collection tubaire n'est qu'un élément secondaire qui passe inaperçu dans l'ensemble des lésions et des symptômes auxquels donnent lieu ces sortes d'anomalies.

En dehors de ces cas, comment se fait l'accumulation du sang dans les trompes ? Quelle est l'origine de ce sang ? Nous avons déjà vu que plusieurs théories avaient été émises pour l'expliquer.

La première en date est la célèbre *théorie du reflux*.

§ 1. Théorie du reflux

Déjà ébauchée en 1691 par Ruysch (2), cette théorie a surtout

(1) BERNUTZ ET GOUPIL. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. 1860. T. I. Voir aussi ALTMANN. Thèse de Paris. 1893-94.

(2) Dans un chapitre où il traite « de la stérilité par occlusion des

été établie par Bernutz, dans le mémoire qu'il publia en 1848 sur les *accidents produits par la rétention du fluide menstruel*. « Qu'on réfléchisse bien, dit-il, aux conséquences qu'aurait l'interruption brusqué du flux cataménial par l'interposition à un obstacle au col de l'utérus. Aussitôt que le flux ne peut plus s'écouler, si la sécrétion continue, il y aura bientôt réplétion des cavités sécrétantes... Si l'excrétion est toujours empêchée, le liquide sécrété s'accumulera de plus en plus dans ces cavités; il y aura bientôt une distension plus ou moins considérable de ces organes. L'utérus, par l'épaisseur, par la contractilité de ses parois, résistera en partie à la distension; le liquide viendra se rendre dans la cavité résultant de l'amplication de la trompe et du corps frangé incapable de réaction suffisante. Cette seconde période de la rétention menstruelle donnera lieu à des symptômes qui auront beaucoup de ressemblance avec ceux des phlegmons des ligaments larges... Que la distension soit portée plus loin, ou bien que la trompe et l'ovaire n'aient entre eux que des rapports moins intimes, le liquide cataménial s'épanchera dans le ventre. »

Cet obstacle qui s'oppose au flux cataménial, est dû, pour Bernutz, soit à des malformations congénitales, soit à des cicatrices du col, consécutives à des ulcérations ou des cautérisations trop énergiques, soit à un rétrécissement du canal cervical par hypertrophie de ses parois, soit enfin à une contraction spasmodique du col.

Plus récemment, Guérin est revenu sur cette théorie du reflux et aux causes invoquées par Bernutz, il ajoute celle qui résulterait d'une dysménorrhée membraneuse. « Quand la membrane muqueuse se détache de la couche sous-jacente, elle fait un bouchon qui, pendant un certain temps, ferme hermétiquement le col de l'utérus, tandis que l'orifice des trompes est ou-

trompes de Fallope », Ruysch écrit : « In hoc casu sæpissime tubas valde reperi extensas, præsertim circa earum extremitates... Crediderim hanc præternaturalem extensionem fieri ab obæcatione tubæ, et humoribus et flatibus ex uteri cavitate (eo tempore cum os uteri nimis arcte clausum est) excitum querentibus. »

vert » (1). Le sang contenu dans la matrice reflue alors dans trompes vers le péritoine.

Que devons-nous penser de cette théorie ?

Et d'abord il ne semble pas qu'elle ait été très en faveur auprès des contemporains de Bernutz ; et, si Hoffmann a prétendu « qu'après un avortement ou même une délivrance à terme, le sang accumulé dans la matrice peut refluer dans les trompes et jusque dans l'abdomen, à la suite de contractions antipéristaltiques de l'utérus (2), » en revanche nous lisons dans la thèse de Voisin, parue en 1858, dix ans après la publication du mémoire de Bernutz : « M. Bernutz a donné une explication aujourd'hui peu admise.... Cette opinion a été très attaquée et est aujourd'hui peu en faveur. » Quelques auteurs (Fenerly, Scanzoni, Puech, Becquerel, Aran), semblent l'admettre, mais seulement pour les cas où il y a oblitération prolongée du conduit génital, comme celle qui résulte d'une malformation de naissance. Trousseau la rejette tout à fait.

En réalité, la pénétration du sang de l'utérus dans les trompes est-elle possible ?

A l'appui de cette théorie du reflux, on a invoqué certains faits cliniques, dans lesquels, à la suite d'injections intra-utérines, se sont produits des accidents qu'on a attribués à la pénétration dans le péritoine du liquide injecté. Tel le cas de Hourmann (3) qui, pour une métrite, pratiquait, à l'aide d'un clyso-pompe, une injection à travers le col : au premier coup de piston, la malade pousse un cri aigu et accuse une vive douleur dans la région iliaque gauche ; remontée dans son lit, elle est prise d'un violent frisson, bientôt suivi d'une réaction fébrile intense, et de l'apparition de symptômes de pelvi-péritonite. Hourmann signale deux autres cas observés l'un par Bretonneau, l'autre par Tonnelé. Mais nous ferons remarquer que la malade de Hourmann a guéri de ses accidents, et que l'autopsie n'a pu

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme*, 1878, p. 446.

(2) In SCANZONI (*loc. cit.*)

(3) « Note sur le danger des injections faites dans l'utérus. » *Journ. des connaiss. médico-chir.* 1840.

confirmer la pénétration du liquide dans le péritoine; de même pour les cas de Bretonneau et Tonnelé. Qui donc sait si les accidents n'ont pas été provoqués par un mécanisme tout différent, si l'introduction de la sonde dans la cavité utérine n'a pas, par exemple, déterminé des contractions musculaires dans tout l'appareil génital aboutissant à la rupture d'une collection tubaire méconnue? C'est une hypothèse peut-être, mais qui n'a rien d'invraisemblable.

Cependant, Duncan (1) signale plusieurs cas de béance des trompes, et attribue à cette béance permanente de l'*ostium uterinum* les accidents à la suite des injections intra-utérines. Il cite même un cas dans lequel, au cours d'une injection *vaginale*, faite *doucement*, la malade s'écria : « Vous me tuez. » Elle mourut en effet 3 jours après; à l'autopsie, péritonite généralisée; la trompe de Fallope droite était volumineuse et largement béante « Il était clair, ajoute Duncan, que le liquide injecté avait passé dans la cavité péritonéale à travers la trompe formant canal, et avait causé la péritonite et la mort. » La chose ne nous paraît pas aussi claire (2). Mais d'autres cas auraient été signalés, et même vérifiés à l'autopsie par Haselberg, Barn, Spath.... (Güemes, loc. cit.). Nous en concluons qu'il n'est pas impossible que, dans des *circonstances exceptionnelles*, les liquides passent de la cavité utérine dans les trompes et le péritoine.

On s'est adressé à l'expérimentation pour vérifier la réalité de ce passage, Hourmann (3) nous apprend que Bretonneau et lui-même l'ont plusieurs fois obtenu sur le cadavre. La même année, Vidal (de Cassis) démontre l'innocuité des injections intra-utérines bien faites (4). D'autre part, M. le professeur Guyon, dans ses recherches expérimentales, a constaté que la pénétration des liquides dans les trompes est en somme très facile sur le cadavre, alors surtout que l'organe est ramolli. Encore faut-il que le re-

(1) On open Fallopian tube. *Brit. med. Journ.* March 12, 1881.

(2) Des nombreuses expériences qu'il a faites, M. Guyon conclut : « Les injections vaginales ne peuvent pas pénétrer dans le corps de l'utérus et surtout dans les trompes. » Thèse de Paris, 1858.

(3) HOURMANN. (*Loc. cit.*)

(4) Académie de médecine, 1840.

tour du liquide par l'orifice du col soit entravé. « Mais, dit l'auteur, en présence des faits cliniques, et en considérant les dispositions anatomiques que nous avons signalées à l'orifice interne et aux trompes utérines, nous croyons, que, sur le vivant, nous plaçant du reste à un point de vue physiologique, la communication de la cavité du corps avec le péritoine doit être empêchée par le fait de la contraction utérine, réveillée par l'excitation même, et par les plis renflés que nous avons décrits... » — Et ailleurs : « Il est facile de comprendre l'empêchement du passage dans le péritoine, des liquides introduits dans la cavité du corps de l'utérus, et difficile d'admettre, avec M. Bernutz, la possibilité du reflux du sang de la cavité utérine dans les trompes. »

Les faits cliniques, l'expérimentation sont donc loin de prouver qu'en dehors de circonstances particulières telles qu'une pression exagérée, un obstacle absolu à leur retour, les liquides puissent pénétrer dans les trompes. A-t-on au moins, anatomo-pathologiquement, constaté, pris sur le fait le passage du sang de l'utérus dans les oviductes ? Sans doute : les collections sanguines de la trompe qui reconnaissent pour cause une atrésie du conduit génital sont indéniables. Depuis le cas de de Haën, bien d'autres faits ont été signalés, dans lesquels on a trouvé, consécutivement à une imperforation de l'hymen, par exemple, le vagin, l'utérus et les canaux tubaires communiquant largement entre eux, et remplis par des caillots sanguins. On connaît également bien certains cas de rétention menstruelle, dans lesquels l'obstacle reconnaissait pour cause la cicatrisation d'une ulcération étendue, d'une cautérisation trop profonde, et, récemment encore, M. Routier (1) publiait un cas d'hématosalpinx double consécutif à une oblitération du col utérin, due elle-même à l'application d'un crayon de chlorure de zinc. Mais les faits de ce genre, en face de ceux qui ne peuvent être attribués à la même cause, constituent une exception. Bernutz lui-même reconnaît qu'ils sont bien moins fréquents que ceux pour lesquels il fait intervenir une constriction spasmodique du col. Que penser de ceux-ci ?

(1) *Semaine médicale*, 1890.

D'abord nous ne concevons pas très bien cette contraction spasmodique localisée au col utérin. Nous concevons encore moins qu'elle dure suffisamment pour laisser s'écouler par les trompes plusieurs centaines de grammes de sang. En effet, dans les hématoécèles ou hématosalpinx par atrésie des voies génitales, « il a fallu des mois, des années, pour que le sang retenu dans la cavité utérine amenât par suite de l'apport de chaque période menstruelle la dilatation de cet organe, et en dernier lieu le reflux du liquide dans la trompe (Poncet) (1). » Si une occlusion persistante ne détermine des accidents de rétention qu'au bout d'un temps si considérable, devons-nous supposer qu'une cause passagère, comme l'est nécessairement un spasme musculaire, puisse arriver à produire ces mêmes accidents ? Nous ne le pensons pas.

D'ailleurs, l'atrésie permanente elle-même des voies génitales est loin d'aboutir toujours au passage du sang de l'utérus dans les trompes, puisque, d'après une statistique de Puech, ce reflux n'a eu lieu que 16 fois sur 310 observations. Bien plus on peut se demander si les hématomes tubaires qui se constituent dans ces cas sont réellement dus au refoulement ascendant du sang, si on ne peut leur donner une interprétation différente, s'ils ne sont point dus à des hémorrhagies propres de la muqueuse de l'oviducte. « Ce qui prouve qu'il en est ainsi, dit Schröder (2), c'est que ces poches sanguines siègent régulièrement à proximité de l'orifice abdominal, tandis que la lumière de l'oviducte est rétrécie, oblitérée même dans le voisinage de l'utérus ». Et en effet, on a cité des cas dans lesquels il n'y avait aucune communication entre la collection tubaire et la collection utérine (3). Il faut bien admettre alors que le sang venait de la trompe elle-même.

Ainsi donc, dans la très grande majorité, des cas d'hématosal-

(1) *De l'hématocèle rétro-utérine*. Th. d'agrégation, 1878.

(2) SCHRÖDER. *Malad. des organes génit. de la femme*. Trad. franç. 1886.

(3) OLSHAUSEN, (*Arch. für Gynækologie*, I, p. 53.) BILLROTH et STEINER (*Wiener med. Woch.* 1871). GOSSELIN, (*Gaz. des hôpitaux*, 1867, n° 37). LEHMANN, SANTESSON, KELLER, etc.

pinx, le reflux du sang de l'utérus vers les trompes est inadmissible, et les faits que Bernutz a cités sont, comme nous allons le voir, susceptibles de recevoir une autre explication. Tout au plus, peut-on l'admettre pour quelques faits d'atrésie des voies génitales, et même pour ceux-là, il y a à faire certaines réserves qui découlent nécessairement des remarques que nous venons de faire. D'ailleurs, douze ans après avoir formulé sa théorie, Bernutz lui-même, a dû faire ces réserves, et, en présence des collections tubaires indépendantes de la cavité utérine, il reconnaît la possibilité de l'absence du reflux dans les trompes, et de la distension de ces organes par leurs propres sécrétions. Même dans les cas où *l'ostium uterinum* est largement ouvert, le reflux ne serait plus qu'une cause adjuvante (1). En 1888, il a reconnu que les cas d'hématocèle rétro-utérine par reflux, étaient plus rares qu'il ne l'avait pensé d'abord.

Si nous avons tant insisté sur la *théorie du reflux*, c'est que, malgré la défaveur dont elle a été rapidement entourée, elle a eu plusieurs sérieux défenseurs, même dans ces derniers temps. Tels Guérin, Duncan (2), qui, en 1881, admet le reflux du sang par les trompes comme la cause la plus fréquente de l'hématocèle, et Emmet qui en 1885 disait encore : « Je n'ai jamais vu un cas d'accumulation de sang dans les trompes de Fallope qui soit secondaire à la rétention du sang menstruel dans l'utérus et comme tel, pareil cas ne saurait être considéré comme constituant une affection à part ».

Nous pensons avoir démontré, par tout ce que nous en avons dit, que cette opinion doit être définitivement abandonnée.

§ 2. Théorie de la rétention simple

Dans la discussion qui précède, nous avons déjà fait entrevoir que le liquide de l'hématosalpinx pourrait bien provenir non pas de l'utérus, mais de la trompe elle-même. C'est la théorie qui fut généralement admise par ceux qui combattaient celle de

(1) BERNUTZ et GOUPIL (*loc. cit.*).

(2) *Brit. med. Journ.*, march. 12, 1881.

Bernutz. Et en effet, il était démontré que la muqueuse tubaire participe au flux cataménial. En 1839, Gendrin (1) avait rapporté que sur 5 autopsies, pratiquées sur des femmes mortes pendant la période des règles, 4 fois il avait trouvé dans l'une des deux trompes, ou dans les deux, un mucus plus ou moins coloré par du sang. Scanzoni (2), avait observé le même fait trois fois. On savait d'ailleurs que le premier symptôme de cette « phlogose amoureuse » ainsi que Lecat appelait l'ensemble des phénomènes menstruels, était une congestion active de toute la zone génitale. Il était donc assez logique de se demander pourquoi la muqueuse tubaire, congestionnée au même titre que la muqueuse utérine, ne serait pas, comme elle, le siège d'une exhalation sanguine. Aussi voyons-nous un grand nombre d'auteurs chercher dans cette hémorrhagie menstruelle de la trompe le point de départ de l'hématocèle rétro-utérine. Fenerly, Puech, Voisin, Scanzoni, Oulmont admettent cette hémorrhagie physiologique. (Voir HISTORIQUE). Dans ses leçons sur *l'hématocèle rétro-utérine cataméniale* (3), Trousseau fait remarquer : « Quand on réfléchit combien est grande la congestion des organes utérins pendant la menstruation, si quelque chose doit surprendre, c'est que l'hématocèle ne se produise pas plus souvent, c'est que l'hémorrhagie par cette surface muqueuse, (trompe) dans le péritoine ne soit pas plus abondante... C'est par la muqueuse du pavillon de la trompe, par la muqueuse de la trompe elle-même, que se font les hémorrhagies qui produisent l'hématocèle ».

Dès lors, que l'oblitération des orifices tubaires s'oppose à l'écoulement de ce sang menstruel, sécrété par la trompe, et l'hématosalpinx est constitué : telle est du moins la théorie pathogénique que résume parfaitement la phrase, déjà citée, de Fenerly (V. plus haut page 12).

Cette théorie a pour elle une grande part de vérité. Il est en effet incontestable que la muqueuse des oviductes participe à la

(1) GENDRIN. *Traité philosophique de médecine pratique*, 1839 T. II, p. 48.

(2) SCANZONI (*loc. cit.*).

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1858, nos 72 et 75.

production du flux menstruel : outre les faits nécropsiques signalés par Gendrin, Scanzoni, Puech et autres (1), nous avons nous-même observé un cas où cette participation s'est trouvée manifestement démontrée (voir observat. I). Par ailleurs, la constatation en a été faite, sur le vivant, par les premiers laparotomistes. « Nous voyons quelquefois, dit Lawson Tait, le fluide menstruel s'écouler de l'extrémité divisée de la trompe de Fallope après l'ovariotomie. Il y a peu de mois, je fus obligé d'opérer une femme pendant la menstruation, et, pour des raisons que je n'ai pas à signaler ici, je ne compris pas la trompe dans le clamp ; quelques jours après, du sang menstruel coulait de la trompe en quantité considérable. » D'après Spencer Wells (2), dans un tiers à peu près des cas où l'on avait fixé le pédicule à l'extérieur, après l'ovariotomie, la plaie se rouvrait chaque mois, pendant un temps variable, pour laisser échapper un peu de liquide menstruel. M. Poncet, dans sa thèse d'agrégation (1878) rapporte un fait de ce genre qui lui a été communiqué par Hergott.

Nous devons donc admettre que la trompe ne reste pas étrangère aux modifications dont les organes génitaux sont le siège au moment de la ponte de l'ovule, que, le plus souvent, sinon toujours, elle est alors le siège d'une hémorrhagie physiologique.

Que les orifices tubaires viennent en ce moment à être oblitérés, nous aurons l'hématosalpinx. Rien ne paraît plus simple.

En réalité, selon nous, le mode de production des collections sanguines de la trompe est plus complexe : l'hématosalpinx n'est pas constitué par une rétention pure et simple du liquide normalement sécrété par la muqueuse pendant la menstruation. A ce phénomène physiologique doivent s'ajouter des conditions morbides qui le modifient, qui en fassent un phénomène patho-

(1) « J'ai plus d'une fois vu du fluide menstruel dans les trompes de femmes mortes pendant la menstruation : Cependant, je ne suis en aucune manière certain que ce phénomène soit constant. » (L. TAIT. *The British medical journal*, 1878, p. 933).

(2) SPENCER WELLS. *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*. Trad. Rodet, p. 329.

logique, et qui puissent même, en dehors de la période cataméniale, provoquer l'hémorrhagie tubaire. Ces conditions sont réalisés par *l'inflammation des trompes*, par la *salpingite*.

On a peine à comprendre, en effet, que la légère exhalation menstruelle, dont la muqueuse de la trompe est le siège, puisse, dans un canal non enflammé, aboutir à la formation de collections parfois énormes. Il est bien plus naturel de penser que ces quelques gouttes de sang sont résorbées, dans l'intervalle qui sépare deux menstruations. S'il n'en était ainsi, l'hématosalpinx devrait être beaucoup plus fréquent qu'il ne l'est en réalité.

Et d'ailleurs, les collections tubaires ne se présentent guère sans être accompagnées de lésions inflammatoires. Est-ce que l'oblitération des orifices utérin et abdominal ne reconnaît pas, dans l'immense majorité des cas, pour cause, un état phlegmasique ? On a cité, sans doute, des cas où l'obstacle était constitué par une tumeur, un petit fibrome, et nous en rapportons une observation due à Fauvel (1). Nous-même nous nous souvenons d'avoir vu, sur un utérus cancéreux extirpé par notre maître M. Duret, un petit noyau néoplasique obturer la portion utérine de la trompe qui était remplie de sang. Mais, même dans ces cas, peut-on dire qu'il n'y avait pas inflammation de la muqueuse tubaire ? Ne sait-on pas en effet que les fibromes et les cancers sont toujours accompagnés d'une métrite hémorrhagique qui peut se propager à la trompe ? Quoiqu'il en soit, du reste, ces faits sont l'exception.

On a dit aussi que la menstruation pouvait être troublée par un écart de régime, par une fatigue exagérée, par un refroidissement chez les névropathes ou les pléthoriques. Il est possible, en effet, que les symptômes attribués par certains auteurs à la congestion utérine, à la congestion pelvienne, n'aient pas une autre origine qu'une hémorrhagie de la trompe. Mais « la lésion ne persiste pas généralement, le caillot se résorbe, et les accidents cessent peu à peu s'ils n'ont été greffés sur les symptômes d'une salpingite chronique parenchymateuse. » (Pozzi).

Enfin, il y a une variété d'hémorrhagies tubaires que Trousseau

(1) *Société Anatomique*, 1865.

désigne sous le nom de *cachectiques* et qui ne semblent pas avoir besoin, pour se produire, d'un état inflammatoire des trompes. Elles se produisent, celles-là, au cours d'infections graves comme la scarlatine, la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, le purpura, l'ictère grave....., qui modifient la composition du sang. D'où les extravasations sanguines qui se produisent dans les différents organes, et spécialement au niveau des muqueuses. Mais ces hémorrhagies ne constituent pas à proprement parler des hématosalpinx, car elles aboutissent à un dénouement fatal avant que le sang ne soit enkysté, et la mort est aussi bien due à l'infection générale qu'aux pertes de sang. Barlow, Simpson, Hélie, Laboulbène ont cité des observations de ce genre.

§ 3. Théorie de la salpingite hémorrhagique, de l'hématosalpingite.

Il ne faut donc pas, selon nous, comme l'a fait Coulom dans sa thèse inaugurale (1) attacher une trop grande importance, dans la pathogénie de l'hématosalpinx, à l'hémorrhagie physiologique qui se produit souvent à la surface de la muqueuse tubaire au moment de la ponte de l'ovule. Il ne faut la considérer, presque toujours, que comme une cause secondaire. Elle nous aide seulement à comprendre le mécanisme des hémorrhagies pathologiques, consécutives à la salpingite. Si en effet, dans certaines circonstances, normales d'ailleurs, la trompe saigne, à plus forte raison saignera-t-elle si elle est enflammée. Elle ne fait du reste que suivre en cela la règle générale. « L'hémorrhagie, a dit Cruveilhier (2), est l'attribut, l'apanage morbide des membranes muqueuses..... C'est, en effet, l'expression morbide la plus habituelle de ces membranes, expression morbide qui est en rapport avec le développement considérable de leur réseau capillaire, joint à sa situation superficielle et à la ténuité de l'épithélium. » C'est peut-être ici le cas de rappeler ce qui se passe dans les séreuses, et de comparer l'hémato-salpin-

(1) *Contribution à l'étude de l'hématosalpinx*. 1890, Bordeaux.

(2) CRUVEILHIER *Anatom. pathol. générale* 1862, T. IV p. 205.

gite à l'hématocèle scrotale : n'a-t-il pas été démontré par Gosselin que celle-ci était l'aboutissant d'une pachy-vaginalite, qu'il se formait à la surface de la séreuse des néo-membranes très vasculaires, que les vaisseaux de nouvelle formation, naturellement friables, se déchiraient facilement, et que là était l'origine du kyste sanguin de la tunique vaginale ? Notre comparaison sera plus juste peut-être, si nous rappelons ce qui se passe sur une muqueuse, celle de la vessie, quand elle est enflammée, et qu'elle est soumise à l'influence d'une cause congestive quelconque. Ne voyons-nous pas alors se produire, à sa surface, une exhalation sanguine pouvant donner lieu à une hématurie grave ? Plus près de la trompe encore, il est une autre muqueuse dont l'inflammation a pour effet de provoquer des hémorragies souvent abondantes : c'est celle de l'utérus, et nous n'avons pas besoin de rappeler la fréquence de cette forme hémorragique des métrites.

La connaissance des lésions inflammatoires de la muqueuse tubaire nous donne d'ailleurs l'explication des hémorragies dont elle est le siège. Ces lésions, nous le verrons plus loin, consistent surtout dans la production, sur la paroi interne de l'oviducte, de végétations analogues aux bourgeons charnus. Ces végétations, parfois très développées, sont aussi parfois très richement vascularisées. Qu'une influence congestive intervienne, telle que la ponte de l'ovule, les vaisseaux néoformés se rompent et l'hémorragie est constituée. Si les orifices de la trompe ne sont pas oblitérés et que l'hémorragie ne soit pas très abondante, le sang s'écoule par l'*ostium uterinum* et il ne s'ensuit aucun accident sérieux. Si, au contraire, l'afflux sanguin est considérable, il peut faire issue par l'orifice abdominal et s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas, où il constitue l'hématocèle rétro-utérine. Une de nos observations personnelles nous montre de la façon la plus nette la succession de ces deux processus : hématosalpingite et hématocèle. Nous reviendrons d'ailleurs sur les rapports qui existent entre eux.

En cas d'intégrité des orifices tubaires, l'hématosalpingite n'aboutit donc pas, à proprement parler, à l'hématosalpinx. Pour que celui-ci soit constitué, il faut qu'il y ait enkystement, et,

pour cela, que la trompe soit oblitérée à ses deux extrémités ou en deux points quelconques. Ici encore il y a encore un processus d'origine inflammatoire, et nous savons avec quelle facilité il se produit. La rétraction des fibres musculaires de l'extrémité de la trompe, la soudure des franges par le dépôt de fausses membranes, l'accolement du pavillon à l'ovaire, voilà pour l'orifice péritonéal des causes d'oblitération que la salpingite réalise à chaque instant. Du côté de l'utérus, l'oblitération peut siéger au niveau de l'*ostium uterinum* lui-même, ou, ce qui est peut-être plus fréquent, sur le trajet de l'oviducte. Les histologistes nous ont expliqué le mécanisme de cette oblitération : on sait en effet que les végétations de la muqueuse tubaire, fortement développées quand celle-ci est enflammée, ont une tendance manifeste à se fusionner entre elles, à s'accoler à la paroi interne de la trompe et à former ainsi de véritables cloisonnements. Les flexions, torsions de l'ovidute, dues à un changement de position, à des adhérences si fréquentes dans les salpingites, aboutissent au même résultat.

D'ailleurs, il n'est pas nécessaire que l'oblitération de la trompe soit absolue. Elle peut être occasionnée par une simple tuméfaction et l'on s'explique que la collection tubaire soit susceptible de se vider périodiquement. Ce fait est rare en ce qui concerne l'orifice péritonéal dont l'occlusion est le plus souvent parfaite ; nous en avons cependant un exemple dans une de nos observations personnelles (observ. III). Il est au contraire fréquent, en ce qui concerne l'*ostium uterinum* ; il suffit, d'après Hennig, que sa lumière soit seulement rétrécie au-dessous de Ommö pour que les sécrétions tubaires ne puissent plus s'écouler dans la cavité utérine. C'est dans ces cas que l'on observe l'*hydrops tubæ profluens* des anciens auteurs.

Ainsi donc, la salpingite réalise parfaitement les deux conditions nécessaires à la formation d'un hématosalpinx et qui, sans elle, se trouvent exceptionnellement réunies : l'hémorrhagie et l'oblitération de la trompe. L'existence d'une *hématosalpingite* nous rend compte de toute une catégorie de faits que, selon nous, ni le reflux du sang cataménial provenant de l'utérus, ni la rétention du sang normalement fourni par la muqueuse tu-

baire pendant la menstruation, ne permettent d'expliquer.

Dans quelques cas, et ils sont exceptionnels, puisque nous n'en connaissons que trois dans la science, rapportés par Bl. Sutton, Delbet et Hartmann (obser. 38, 39 et 40); dans ces cas, disons-nous, la salpingite a abouti à l'hématosalpinx par un mécanisme tout différent de celui que nous venons d'invoquer. Il s'agissait de collections enkystées, non hématiques, dont le *pédicule s'était tordu*. Cette torsion avait provoqué une série de troubles qui, dans un cas, firent même penser à un étranglement interne. Du côté de la trompe, elle avait déterminé une stase veineuse qui fut le point de départ d'une hémorrhagie dans le kyste tubaire et dans l'épaisseur même de ses parois (1).

A titre de curiosité, nous rappellerons le fait suivant, observé par M. le professeur Le Dentu : une femme castrée en 1888, revient en 1890 pour des douleurs violentes à gauche, avec irradiations pénibles dans tout le côté correspondant jusqu'à la face. A l'examen, on trouve une petite tumeur du cul-de-sac vaginal gauche. M. Le Dentu pratique la dilatation utérine et, au 12^e jour, il voit s'écouler par l'utérus une boue poisseuse, sanguine, en même temps la petite tumeur disparaît. Il s'était formé, dans le tronçon de trompe qui restait, un véritable hématosalpinx.

§ 4. Théorie de l'avortement tubaire

Nous avons déjà dit que, dans ces dernières années, une nouvelle théorie était venue s'ajouter à celle de l'hématosalpingite. Cette théorie, qui considère l'hématosalpinx comme dû à une *grossesse tubaire arrêtée dans son évolution*, est aujourd'hui

(1) Notre travail était terminé, quand nous avons pu prendre connaissance d'un mémoire de M. WARNEK (de Moscou) sur la torsion du pédicule dans les tumeurs des trompes. Dans deux cas, la torsion a porté sur des hydrosalpinx. L'un d'eux était très intéressant : la partie externe de la tumeur, seule mobile, s'était seule tordue, de telle sorte que la collection avait été divisée en deux parties séparées par un pédicule contourné : la partie interne renfermait du liquide séreux, la partie externe des caillots. (*Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 23 mars 1895). La torsion du pédicule ne s'accompagne pas toujours d'hémorrhagie intra-tubaire ; elle peut occasionner seulement un infarctus des parois (RUSSELL, *Amer. J. of obst.*, août 1894).

d'hui parfaitement établie. Nous ne pouvons reproduire ici les nombreux documents qui ont contribué à l'édifier sur des bases solides, et nous nous contenterons d'expliquer aussi clairement que possible ce nouveau mode pathogénique des collections sanguines de la trompe, en nous inspirant surtout des recherches de Pilliet et des travaux qui ont été faits sous sa direction.

De toutes les variétés de grossesse extra-utérine, la grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente; certains auteurs ont même prétendu que la trompe était toujours le siège primitif de la grossesse ectopique. Dans la très grande majorité des cas, le point de départ de cette fixation anormale de l'ovule fécondé est, comme l'a bien indiqué L. Tait, une salpingite antérieure: en provoquant la chute plus ou moins complète de l'épithélium à cils vibratiles, elle favorise l'ascension du spermatozoïde vers l'extrémité abdominale de l'oviducte et supprime les causes de progression de l'ovule vers l'utérus; en transformant les franges effilées de la trompe en bourgeons charnus, épais, en dénudant la muqueuse, elle prépare, pour la greffe de l'œuf, un excellent terrain.

Dès que l'ovule fécondé s'est fixé dans un des plis muqueux de la trompe, il se passe à ce niveau des phénomènes analogues à ceux de la grossesse utérine: développement considérable de la vascularisation qui aboutit à la formation, dans le chorion de la muqueuse, de véritables lacs sanguins et assurent, pour un moment, la nutrition de l'œuf. Mais cette vascularisation est bientôt insuffisante; d'autre part, les villosités placentaires sont maigres, peu arborescentes, contiennent très peu de capillaires. Aussi, très rapidement, « le fœtus ne trouve plus à vivre », et il meurt. Dès ce moment, les villosités s'atrophient. « A mesure qu'elles s'atrophient, les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforés se débouchent et, à chaque poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle, de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorrhagie en nappe entre le placenta et la paroi tubaire (Pilliet). »

Que devient alors le fœtus? Ou bien il reste dans la trompe, ou bien il en est expulsé soit par les orifices normaux (avortement tubaire) soit par un orifice artificiel (rupture de la trompe).

Si l'hémorrhagie est peu importante, le sang se collectionne

dans la trompe, et l'embryon disparaît par un processus que nous ignorons encore, mais qui peut se réaliser tant que la grossesse n'est pas arrivée à la dixième semaine. A cette époque, en effet, « le fœtus est assez bien développé pour que le squelette reste là, attestant la nature et l'origine de l'hématome de la trompe ou de l'hématocèle pelvienne (1). » L'embryon disparu, les villosités persistent plus ou moins longtemps, vivant en parasite sur l'oviducte, et provoquant les hémorrhagies successives dont nous avons vu le mécanisme et qui caractérisent l'*hématosalpinx*.

Si l'hémorrhagie est assez considérable pour distendre fortement la trompe, si les orifices sont encore ouverts, le sang entraînant avec lui l'œuf, s'écoulera au dehors et nous aurons ainsi l'*avortement tubaire* proprement dit. Il se fait soit dans le péritoine, soit dans l'utérus. Dans le premier cas, cet accident aboutit le plus souvent à l'hématocèle rétro-utérine. Le second n'était guère bien connu avant que Pilliet n'en eût publié deux exemples (2) : les malades avaient présenté des signes d'avortement *utérin*, douleurs, métrorrhagies avec expulsion d'un œuf ; mais l'examen microscopique des trompes y a démontré la présence des villosités choriales. Quoiqu'il en soit, que l'avortement tubaire se fasse dans le péritoine ou dans l'utérus, l'œuf n'est pas expulsé en totalité. Le placenta persiste en partie et continue à végéter et à provoquer des hémorrhagies. Que les orifices s'oblitérent, et ici encore, nous avons l'*hématosalpinx*.

Si les orifices de la trompe étaient oblitérés au moment de la mort de l'œuf, et que l'épanchement sanguin ait été très important, la trompe se déchire : une hémorrhagie se produit alors, très abondante, car elle est due à la rupture de vaisseaux qui, par le fait même de la grossesse, avaient pris un développement anormal ; ces vaisseaux n'ont pas, d'autre part, autour d'eux, comme les sinus utérins, une enveloppe musculaire qui, en se contractant et en se rétractant, les comprime suffisamment pour arrêter l'hémorrhagie. Aussi celle-ci est-elle, le plus souvent,

(1) GAUTHIER. *Rupture de la grossesse tubaire et avortement tubaire*. Th. Paris, 93.

(2) *Progrès médical*, 7 avril 1894.

rapidement mortelle si l'on n'intervient pas. Si la mort ne survient pas, nous aurons une hématoécèle qui, en raison de la persistance, au niveau de la trompe, de fragments placentaires, sera sujette à des poussées successives. Ce sera une hématoécèle à répétition.

Ainsi donc, des trois modes de terminaison de la grossesse tubaire à son début : régression de l'embryon, avortement, rupture de la trompe, les deux premiers aboutissent à l'*hématosalpinx* proprement dit. La constatation microscopique de la présence de villosités choriales est la preuve irréfutable de la réalité de ce mode pathogénique. Aujourd'hui cette constatation a été faite par un grand nombre d'auteurs, et il serait difficile d'énumérer les cas multiples d'hématosalpinx que naguère on aurait considérés comme d'origine inflammatoire, et dont, de nos jours, on a démontré l'origine placentaire.

Faut-il en conclure qu'il en est ainsi pour tous les cas, comme quelques-uns tendent à l'admettre ? Nous ne le pensons pas.

D'abord, il faut bien se mettre en garde contre certaines erreurs d'interprétation, toujours possibles dans des recherches si délicates. Walther qui reconnaît l'origine placentaire de bon nombre d'hématosalpinx, recommande un examen minutieux et attentif, afin de ne pas prendre pour des villosités choriales certains caillots qui en donnent d'ailleurs l'illusion. Dans une discussion à la Société médicale de Londres, à la suite d'une communication de Bland Sutton sur les avortements tubaires, Horrocks fait remarquer que « dans beaucoup de cas, il est impossible de faire la distinction, même à l'aide du microscope, entre les villosités choriales et les caillots sanguins altérés. » (1) Aussi nous comprenons sans peine les réserves de M. Cornil sur les conclusions émises par Pilliet dans un cas où celui-ci croyait pouvoir affirmer l'origine placentaire d'une hémorrhagie tubaire, alors même qu'il n'y avait pas de villosités ; et cela, d'après la dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse, l'abondance des cellules interstitielles chargées de pigment jaune, et enfin la présence d'un lacis de vaisseaux très dilatés, oblitérés en certains points. Ces raisons, disait M. Cornil, ne permettent pas

(1) *Brit. med. Journ.* Nov. 12. 1892.

de diagnostiquer sûrement une grossesse tubaire, car les mêmes modifications anatomiques peuvent se retrouver au voisinage d'un vulgaire caillot en voie de résorption (1).

Puis, il est des cas qui manifestement dépendent d'une salpingite hémorrhagique ; Pilliet lui-même en a présenté un cas à la Société anatomique (12 mai 1893), et, parmi les observations que nous avons parcourues, il en est en bon nombre qui doivent être rangées dans cette catégorie. En effet, même quand l'examen histologique fait défaut, il est des caractères macroscopiques, tels que la bilatéralité des lésions, la dilatation de la trompe dans toute son étendue, l'absence de caillots, qui donnent de fortes présomptions en faveur de la salpingite hémorrhagique. Nous reviendrons ailleurs sur ces caractères.

Nous admettons donc les deux pathogénies : hématosalpingite et grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. Quelle est leur fréquence respective ? Nous n'oserions, pour résoudre cette question, établir une statistique dont la base ne serait peut-être pas inébranlable, en raison de l'absence, dans beaucoup de cas, de tout examen histologique. Il semble bien cependant que le rôle de la grossesse tubaire est de plus en plus fréquemment invoqué et démontré.

§ 5. Théories diverses.

Nous ne ferons que signaler, pour la rejeter, une théorie ancienne qui expliquait la présence du sang dans les trompes, dans les cas d'hématocèle, par une aspiration, exercée au niveau du pavillon, du sang épanché dans le péritoine. Nous n'accordons guère plus de crédit à celle qui fait venir ce sang d'un kyste hématique de l'ovaire qui se serait rompu et aurait déversé son contenu dans la trompe : ce mécanisme, s'il est possible, ne doit être qu'une très rare exception.

De même, la rupture d'une veine variqueuse de la trompe, invoquée par certains auteurs, est une cause exceptionnelle d'hématosalpinx (2).

(1) *Soc Anatom.* 1891, p. 328.

(2) ALB. DORAN, *Brit. med. Journ.*, 10 octobre 1891.

ÉTIOLOGIE

Les notions pathogéniques que nous venons d'énoncer nous permettront d'être bref sur ce chapitre. S'il est en effet démontré que l'hématosalpinx n'est que le résultat d'une salpingite hémorrhagique ou d'une grossesse tubaire avortée, c'est dans les conditions qui président au développement de ces deux affections que nous devons rechercher son étiologie. Et même, si l'on songe que les troubles de la migration ovulaire, dont la grossesse tubaire est la conséquence, sont dus, dans l'immense majorité des cas, aux modifications de la muqueuse de la trompe et en particulier à la chute de l'épithélium vibratile, et que ces modifications sont elles-mêmes le résultat de la salpingite, il ne reste plus à énoncer que les causes de celle-ci. Or, elles sont trop bien connues aujourd'hui pour que nous ne nous contentions pas de les énumérer simplement. On les trouvera d'ailleurs dans les traités classiques, et dans les nombreuses monographies qu'ont inspirées les inflammations annexielles.

Il est admis sans conteste que l'infection de la trompe se fait de proche en proche, par propagation des germes de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire. C'est par l'utérus que se fait l'infection, et son point de départ est le plus souvent un avortement, un accouchement mal soigné, une exploration ou des manœuvres septiques, une blennorrhagie, le drainage défectueux de la cavité utérine comblée par un polype, un cancer, ou déviée par un fibrome, etc.

Mais, la salpingite une fois établie, sous quelles influences va-t-elle devenir hémorrhagique ? Il nous semble impossible d'expliquer pourquoi, dans telle trompe enflammée, la vascularisation est plus prononcée que dans telle autre ; et, quoiqu'en dise Monprofit, il ne nous paraît pas démontré que ce fait soit sur-

tout fréquent dans la salpingite blennorrhagique. Cependant, nous devons une mention spéciale aux *corps fibreux de l'utérus*. Ceux-ci provoquent en effet souvent, en même temps qu'une endométrite, une salpingite qui, comme celle-ci, manifeste une grande tendance aux hémorrhagies. « On a assez souvent, dit Pozzi, constaté dans les opérations d'hystérectomie ou de castration pour fibromes, que les trompes étaient flexueuses et pleines de sang. » Nous rapportons, à la fin de notre thèse, plusieurs cas de ce genre.

Au contraire, la *salpingite tuberculeuse* est rarement hémorrhagique : nous n'en avons relevé qu'une observation, de Routier (obs.).

Les *causes occasionnelles* des hémorrhagies tubaires sont mieux connues ; ce sont, naturellement, celles qui sont susceptibles d'amener une poussée congestive, vers les organes du petit bassin. En première ligne, nous devons placer la *menstruation* : il suffit en effet de jeter un coup d'œil sur nos observations pour se rendre compte de l'importance de son rôle. Toutes les malades signalent une exagération des phénomènes douloureux au moment des règles. Dans quelques cas, on a pu percevoir, à chaque période cataméniale, une augmentation de volume de la tumeur salpingienne. Il n'y a là rien qui doive étonner, si l'on n'a pas oublié que la trompe, à l'état normal, prend une part très active aux phénomènes menstruels.

Les *excès de coït* semblent, eux aussi, avoir une grande influence, et certains cas de rupture d'hématosalpinx n'ont pas reconnu d'autre cause.

Les *fatigues*, les *refroidissements* ont pu parfois aussi jouer un rôle secondaire dans la production des hémorrhagies tubaires.

Nous pourrions signaler encore l'influence des maladies qui amènent une gêne de la circulation, et par conséquent une stase sanguine du côté des organes pelviens : telles les affections cardio-pulmonaires, rénales, hépatiques... « Rokitsky avait observé des hémorrhagies tubaires chez une malade qui avait eu une pleurésie et une hépatite trois jours avant son accouchement, Wagner chez une femme qui avait souffert d'un em-

physème chronique et d'une broncheectasie, etc.. Hennig a constaté de petites hémorrhagies avec une forte congestion des trompes chez les nouveau-nés morts asphyxiés. » (Guemes).

On a accusé aussi l'usage du corset, la compression des varices des membres inférieurs (M^{me} Boivin). Ce sont là évidemment des causes tout à fait secondaires.

Les *maladies générales dyscrasiques*, nous l'avons dit plus haut, sont susceptibles de provoquer des extravasations sanguines au niveau de la muqueuse tubaire comme au niveau des autres muqueuses ; tels le purpura (Barlow), l'ictère grave, (Proust), la rougeole (Scanzoni), la variole (Laboulbène), la scarlatine (Hélie), la fièvre puerpérale (Tilt). Mais il ne s'agit plus ici de l'hématosalpinx proprement dit, et l'hémorrhagie tubaire passe tout à fait inaperçue au milieu des symptômes de l'infection générale qui emporte la malade.

En dehors de toutes ces causes, n'y aurait-il pas, dans certains cas, une prédisposition spéciale aux hémorrhagies ? Chez une des malades que nous avons suivies dans le service de M. le professeur Duret, qui ne présentait aucune affection dyscrasique, chez laquelle rien ne faisait songer à l'hémophilie, nous avons observé, après la salpingectomie, un coryza et une angine hémorrhagiques, et, chose plus grave, un épanchement sanguin intra-péritonéal que nous ne pouvons attribuer à une insuffisance des ligatures. Nous signalons ces particularités, mais sans y attacher une très grande importance ; car pour nous, l'action prédominante, le rôle essentiel appartient à l'inflammation.

Dans la *grossesse tubaire avortée*, quoique le mécanisme intime de l'hémorrhagie diffère de celui que l'on observe dans l'hémato-salpingite, toutes les causes occasionnelles signalées plus haut agissent dans la même manière.

Quelle est la *fréquence* de l'hématosalpinx ? Parmi 501 cas d'ablation des annexes, opérés par L. Tait, nous avons relevé les faits suivants : 130 fois, il y avait des lésions d'hydrosalpinx ; 175 fois, des lésions de pyosalpinx ; 11 fois, il y avait d'un côté hydrosalpinx et de l'autre pyosalpinx. Enfin, l'hématosalpinx a été rencontré dans 15 cas, ce qui donne pour unensem-

ble de 331 cas de collections tubaires, une proportion de 4, 5 p. 0/0.

Si nous faisons le détail des 15 cas d'hémato-salpinx, nous voyons que 6 fois les lésions étaient doubles ; 4 fois, elles étaient unilatérales et siégeaient à gauche ; 2 fois, il y avait d'un côté hématosalpinx et de l'autre pyosalpinx ; 1 fois, l'hématosalpinx coïncidait avec un hydrosalpinx. Dans les deux autres cas, nous n'avons pu savoir si la collection était uni ou bi-latérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'hématosalpinx a été beaucoup étudiée. MM. Cornil et Terrillon ont montré par quel processus l'inflammation de la muqueuse tubaire aboutissait à l'hémorragie. Des auteurs plus récents, parmi lesquels nous avons déjà cité M. Pilliet, se sont attachés à rechercher, dans les collections sanguines de la trompe, les vestiges d'une grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution, nous aurons donc à étudier les caractères anatomiques de ces deux variétés, les lésions de l'*hémato-salpingite* proprement dite et ce que l'on a appelé l'*œuf apoplectique*.

1^o HÉMATOSALPINGITE ENKYSTÉE. — Extérieurement, les lésions sont à peu près exactement celles que l'on rencontre dans les autres variétés de salpingites enkystées ; aussi n'en ferons-nous pas une étude extrêmement détaillée ; nous ne ferons que répéter ce qui a été si bien dit déjà par Terrillon dans son livre sur les *Salpingites et ovarites*, par Delbet dans son traité sur les *Suppurations pelviennes*, par Pozzi dans son ouvrage devenu classique... Il est cependant un caractère sur lequel nous appellerons d'abord l'attention, parce qu'on a voulu en faire un moyen de différencier l'hématosalpinx d'origine inflammatoire de la grossesse tubaire avortée : nous voulons parler de l'*unilatéralité* et de la *bilatéralité* des lésions.

On a dit que, dans l'hématome tubaire d'origine placentaire, les lésions étaient unilatérales, « contrairement à ce que l'on observe dans l'hématosalpinx inflammatoire, où les lésions, bilatérales, peuvent être d'intensité différente, mais absolument comparable. » (Christoyanaki). Sans doute on comprend aisément que la lésion soit unilatérale dans le premier cas ; il semble même presque inadmissible à *priori* qu'il en soit autrement,

car quand une trompe est le siège d'une grossesse extra-utérine, les modifications qui existent déjà le plus souvent ou se produisent alors dans l'autre, s'opposent à une nouvelle fécondation (1). Mais ce que nous comprenons moins aisément, c'est que dans le second cas, les lésions doivent nécessairement être bilatérales, et que la salpingite hémorragique ne puisse jouir du même privilège que les autres variétés d'inflammations tubaires : en effet, sur 210 observations qu'il a rassemblées et où l'état des deux trompes, vérifié pendant l'opération ou à l'autopsie, était nettement indiqué, Delbet (2) nous dit que 128 fois les lésions étaient bilatérales et que 82 fois elles étaient unilatérales. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'hématosalpingite ? Une statistique, à cet égard, n'est guère possible, puisqu'un certain nombre de faits, étiquetés *hématosalpingite*, auraient peut-être pu, après examen microscopique, être rangés parmi les grossesses tubaires avortées. Il est néanmoins des cas dans lesquels l'hématosalpingite était indéniable et n'existait pourtant que d'un seul côté. L'autre trompe présentait ou bien simplement un état catarrhal, ou bien même une collection enkystée muqueuse, muco-purulente ou séreuse. On ne saurait donc sans témérité, à notre avis, conclure de l'unilatéralité d'un hématome tubaire à son origine placentaire.

Ce qui frappe à première vue dans un cas d'hématosalpingite enkystée, ce sont les modifications de *forme* et de *volume* de la trompe. Au lieu d'un cylindre étroit, peu sinueux, étendu transversalement sur les côtés de l'utérus, nous avons une tumeur d'aspect extrêmement variable.

Les différentes formes peuvent cependant être ramenées à deux grandes variétés : 1° dans l'une, la trompe se dilate régulièrement de manière à prendre la forme d'une saucisse ou d'une poire ; 2° dans l'autre, elle se distend irrégulièrement, présente des bosselures plus ou moins saillantes, analogues à celles du

(1) Cependant WALTHER a publié (*Brit. Med. Journ.*, oct. 1, 1892) une observation très détaillée, avec figures, de grossesse extra-utérine double ; son cas serait le cinquième. Depuis, DRANITZINE a publié un sixième cas très intéressant. Galabin, Mackenrodt en ont observé deux autres.

(2) PIERRE DELBET, *loc. cit.*, 37.

cœcum, se contourne sur elle-même de façon à embrasser l'ovaire dans sa concavité (1).

Au lieu de s'étendre à tout l'oviducte, l'augmentation de volume se cantonne souvent dans une de ses parties seulement, dans ses deux tiers externes le plus généralement. Dans la plupart de ces cas, la dilatation, très prononcée vers le pavillon, va diminuant graduellement jusqu'à l'orifice utérin : la trompe affecte alors la forme d'une poire dont la queue est fixée à la matrice.

Presque toujours le pavillon a disparu, par atrophie de ses franges ou par accumulation de fausses membranes. On remarque alors, d'après Terrillon, là où s'implantèrent les franges, une cicatrice triangulaire, caractéristique, indiquant le point où existait l'orifice de la trompe. Cependant, exceptionnellement, les franges peuvent être conservées ou même hypertrophiées.

La surface extérieure de la trompe est irrégulière, tapissée de fausses membranes et d'adhérences rompues ; elle prend souvent une *coloration* noirâtre, par places, nettement ecchymotique.

Le *volume* de l'oviducte distendu est très variable : il atteint les dimensions du pouce, celles de l'intestin grêle, d'une orange et même celles des deux poings, comme dans un cas de Terrillon. Il était exceptionnellement considérable dans un cas de Lawson Tait (observat. 22), où la tumeur remontait au-dessus de l'ombilic et renfermait « environ *sept* litres de liquide épais et brun foncé, ayant l'odeur particulière du fluide menstruel (2) ».

D'une façon générale, les hématosalpinx seraient plus volumineux que les autres collections tubaires. Mais les exceptions à cette règle sont nombreuses, et peu de kystes hématiques vont jusqu'à renfermer deux litres ou douze cents grammes de liquide comme les pyosalpinx observés par Stemann et Lucas-Championnière.

(1) On trouvera dans l'ouvrage de PIERRE DELBET une intéressante discussion sur le pourquoi de ces différentes formes de la trompe (*loc. cit.* p. 41 et seq.). On en trouvera des figures démonstratives dans le traité des *Salpingites et ovarites* de TERRILLON et les thèses de MONPROFIT (1888) et REYMOND (1895).

(2) L. TAIT. *Maladies des ovaires*. Trad. Olivier, 1885.

De tels changements dans la forme et le volume dans la trompe amènent nécessairement des modifications dans ses *rapports* avec les organes du petit bassin. Ainsi nous la voyons presque toujours accolée à l'ovaire, formant autour de lui une crosse à concavité inférieure. Au lieu de se diriger horizontalement de l'utérus vers la fosse iliaque, elle tombe le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas, entraînant avec elle l'ovaire; des adhérences péritonéales les fixent dans cette nouvelle position. Plus rarement, elle vient se loger dans le cul-de-sac antérieur, ou bien encore elle remonte au-dessus de l'ombilic, et va contracter des adhérences avec les anses intestinales. Dans le cas, très fréquent d'ailleurs, où les lésions sont doubles, il est assez ordinaire de trouver les deux trompes asymétriquement disposées par rapport à l'utérus. C'est ainsi que l'une des trompes étant tombée dans le cul-de-sac de Douglas, derrière et à côté de l'utérus, l'autre reste suspendue derrière le pubis.

Le retentissement des lésions inflammatoires sur les organes voisins, et en particulier sur le péritoine, est parfois peu important, et tout peut se borner à quelques tractus que la main du chirurgien déchire facilement. Ce n'est pas le cas le plus fréquent : il est presque de règle, au contraire, que la trompe soit fixée aux organes par des travées fibreuses, multiples, résistantes, vestiges des poussées successives de pelvi-péritonite.

L'*ovaire* surtout adhère intimement à la tumeur, et peut même si bien se confondre avec elle, que la recherche en devient très difficile. Dans quelques cas, il est le siège d'un *hématome*. C'est ainsi que Duncan signale deux cas d'hématome de l'ovaire, coïncidant, l'un, avec un hématome tubaire d'un même côté, l'autre, avec un double hématosalpinx (1). Bantock en a cité un cas semblable (2); nous en rapportons plusieurs autres dans nos observations.

Assez souvent, en même temps que la collection tubaire, existe une *hématocèle rétro-utérine*. Les lésions sont alors très prononcées, comme dans notre quatrième observation personnelle :

(1) *British medical Journal*, (17 janvier 1891).

(2) *Brit. med. Journ.*, (4 février 1888).

L'épanchement sanguin intra-péritonéal a été le point de départ d'un processus irritatif, dont le résultat a été la formation de fausses membranes épaisses, fibreuses, englobant dans une même masse, avec les caillots, les trompes et les ovaires. Dans cette masse, il devient parfois très difficile de retrouver les différents organes et ce qui leur appartient en propre. Nous verrons plus loin comment se forme cette hématocele rétro-utérine, et quelles relations elle présente avec l'hématosalpinx.

Le *contenu* de l'hématosalpinx est, naturellement, du sang ; mais ce sang ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. En effet, avec le temps et sous l'influence des différentes modifications pathologiques de la muqueuse tubaire, il subit des transformations variables. Rarement, il est absolument fluide et rouge comme le sang normal, même quand l'hémorragie est de date récente. Dans une de nos observations, où la collection est comme prise sur le fait, au moment où elle se forme, le sang a déjà cette consistance et cette coloration qui l'ont fait comparer à la *lie de vin*. D'une façon générale, il est sirupeux ou grumeleux, d'une coloration plus ou moins foncée qui rappelle celle du chocolat, du jus de pruneaux, du goudron. Parfois inodore, il présente parfois aussi l'odeur particulière au liquide menstruel : ce détail est à plusieurs reprises signalé dans nos observations.

Les caillots peuvent manquer tout à fait (il s'agit ici, ne l'oublions pas, de l'hématosalpingite). Quand ils existent, ils sont peu nombreux, très friables. Dans deux de nos observations personnelles, le contenu de la trompe était tout à fait liquide. Il est assez légitime de penser que les sécrétions de la muqueuse enflammée ne sont pas étrangères à la production de ce fait. Avec le sang, on trouve d'ailleurs parfois des fausses membranes épaisses, fibrineuses.

L'examen microscopique de ce sang révèle la présence de globules rouges plus ou moins altérés. William (1) a signalé une apparence tout à fait spéciale de ces corpuscules, due à la précipitation de l'hémoglobine dans leur intérieur. Il n'est pas rare

(1) The Histology and Pathology of the Fallopian tubes. (*Brit. med. Journ.*, janv. 17-24, 1891).

non plus d'y voir des cristaux d'hématoidine. Fréquemment aussi, l'hémoglobine plus ou moins transformée s'est infiltrée dans les parois du kyste tubaire, qui prennent ainsi une coloration foncée, identique à celle de leur contenu.

Les modifications du sang peuvent-elles être plus considérables? Peut-on voir, par exemple, un hydrosalpinx succéder à un hématosalpinx, comme l'affirment certains auteurs (Güemes)? La preuve n'en est pas facile à établir. Nous ne voyons pas bien sur quoi l'on peut se baser pour dire, lorsqu'on se trouve en présence d'un liquide séro-sanguinolent, si c'est le sang qui a précédé ou bien au contraire le liquide séreux. D'ailleurs, comme le fait remarquer Delbet, « lorsqu'une hémorrhagie s'est produite dans une trompe malade, il y a bien des chances pour qu'il s'en produise d'autres, et, en raison de ces hémorrhagies récidivantes, les modifications ne peuvent être durables ».

Cependant notre excellent maître, M. le professeur Duret, vient de nous communiquer le fait suivant : « Chez une jeune dame de 28 ans, qui souffrait depuis cinq ans, d'accidents de salpingite, et qui, sur le conseil du Dr Budin, fut maintenue au lit pendant plus d'une année, j'avais constaté une double dilatation des trompes du volume d'un œuf de dinde. A plusieurs reprises, les tumeurs diminuèrent considérablement, en même temps que l'on constatait l'émission par le vagin d'un liquide sanguinolent, couleur chocolat clair ou semblable à une décoction foncée de feuilles de noyer. Or, lors de l'opération, un an après, on trouva un double hydrosalpinx très adhérent. » Si donc les hémorrhagies tubaires finissent par ne plus se reproduire (et il en est ainsi quand les vaisseaux comprimés par la distension des parois s'oblitérent), il semble bien que l'hématosalpinx puisse se transformer en hydrosalpinx.

La transformation purulente nous paraît plus facile à admettre; nous y reviendrons plus loin.

La *quantité* de sang contenu dans la trompe varie, nous l'avons déjà dit, dans des proportions considérables, de quelques grammes à sept litres ! (L. Tait). Mais cette limite extrême est exceptionnelle; il est très rare qu'elle aille jusqu'à 500 grammes comme dans un cas de Terrillon.

Etat des parois. — Les parois de la trompe distendue par une collection sanguine subissent des modifications importantes. En général épaissies dans les cas où la distension est faible, elles finissent, à mesure que le contenu devient plus abondant, par subir un amincissement notable. Cependant « cet amincissement n'est pas en rapport avec leur dilatation, c'est-à-dire que si l'on avait dilaté artificiellement une trompe normale de façon à lui donner le même volume, la paroi ainsi obtenue aurait été beaucoup plus mince. » (Cornil et Terrillon). Il est d'ailleurs inégalement réparti sur les différentes parties de l'oviducte, et nous avons pu noter ce fait d'une façon très nette (obs. pers. II) : en certains points, le contenu apparaît par transparence ; en d'autres, il y a au contraire épaississement de la paroi.

En réalité, l'inflammation aboutit à l'hypertrophie des différents éléments de la trompe. Dans la couche musculaire, les fibres lisses peuvent paraître moins nombreuses ; mais ce n'est qu'une apparence, et il y a simplement disproportion entre leur développement et la dilatation considérable de la paroi. Elles peuvent cependant, dans les cas anciens, s'atrophier sous la pression du tissu fibreux qui se constitue.

Les altérations les plus notables portent sur la muqueuse. Le type nous en est fourni par Terrillon qui décrit ainsi les lésions qu'il a observées :

« La trompe, de 10 centim. de diamètre environ, était tapissée à son intérieur d'une muqueuse hérissée de villosités et de végétations, et présentait sur sa surface interne des parties saillantes et assez dures.

L'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Cornil, sur des coupes transversales comprenant toute l'épaisseur de la paroi fournit les résultats suivants :

Sur la face interne de la muqueuse, on trouvait des saillies villeuses à extrémité libres ou anastomosées en arcades, tapissées par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Ces cellules étaient longues et disposées en palissade continue. Au-dessous de cette couche superficielle, le tissu profond de la muqueuse était très vascularisé, et présentait beaucoup de cellules ovoïdes

de tissu conjonctif en prolifération. Au delà du tissu conjonctif se trouvaient des faisceaux de fibres musculaires lisses.

Les grosses bosselures saillantes, adhérentes par un pédicule ou par une large base d'implantation, étaient constituées par du tissu fibreux fasciculé, dont les faisceaux larges et réfringents étaient séparés par des cellules rondes, plus ou moins nombreuses suivant les places. Ces bosselures irrégulières, parfois vil- leuses à leur surface, couvertes du même épithélium cylindrique, présentaient çà et là des cavités étroites en doigt de gant, qui venaient s'ouvrir à la surface de la bosselure, et portaient des renflements latéraux et terminaux.

Il paraît démontré que ces grosses végétations fibreuses résultent de l'union d'un certain nombre de végétations contiguës, soudées ensemble et qui ont laissé entre elles des interstices tapissés de cellules cylindriques ».

Nous insistons surtout sur la vascularisation souvent signalée de ces végétations. Dans la trame conjonctive qui en forme la charpente, se pressent des cellules embryonnaires infiltrées de pigment sanguin. En leur centre, se trouve la lumière d'un vaisseau parfois important. Dans leur intervalle, la muqueuse est sillonnée par un riche réseau de capillaires gorgés de sang.

Il n'est pas rare d'observer dans l'épaisseur des parois de la trompe des extravasations sanguines, véritables hématomes interstitiels, qu'explique la vascularisation dont nous venons de parler (obs. pers. II).

Ces différents caractères perdent de leur netteté à mesure que l'oviducte est distendu par une plus grande quantité de sang : les végétations s'aplatissent et finissent même par disparaître dans les cas très anciens. La muqueuse, au lieu d'être inégale et tomenteuse, prend alors un aspect presque lisse.

Nous devons signaler l'existence commune de cloisonnements plus ou moins incomplets de la cavité tubaire.

Etat des orifices. — Nous avons dit déjà que l'enkystement du sang, dans l'hématosalpinx, exigeait un défaut de perméabilité des orifices tubaires. Mais cette imperméabilité n'est pas toujours permanente : elle peut être due non pas à une oblitération définitive, mais à une obstruction passagère de ces orifices.

Rare en ce qui concerne l'extrémité péritonéale, ce fait s'est cependant trouvé réalisé dans un des cas que nous avons pu observer dans le service de M. Duret : la trompe, manifestement enflammée, renfermait près de son pavillon une petite collection sanguine ; son orifice était resté perméable. On devine aisément ce qui en est résulté : le sang s'est écoulé de la trompe dans le péritoine et ainsi s'est constitué une hématocele rétro-utérine. Mais c'est là un fait exceptionnel : dans l'immense majorité des cas au contraire, l'orifice abdominal s'oblitére, et son occlusion se fait habituellement assez vite, par agglutination des franges du pavillon, par accolement avec l'ovaire, par dépôt de fausses membranes, etc.

L'ostium uterinum est plus souvent, non pas oblitéré dans le sens absolu du mot, mais seulement obstrué grâce à la tuméfaction de la muqueuse. Il n'en est pas moins imperméable et, même dans ces conditions, il a pu s'opposer au passage d'un liquide injecté sous une forte pression. Sous certaines influences, telles qu'une nécrose superficielle de la muqueuse (Delbet), ou une simple décongestion, l'orifice peut se désobstruer et donner issue au contenu de la trompe. C'est ce qui se produit parfois, et à des intervalles plus ou moins périodiques, réalisant ainsi ce que l'on a décrit sous le nom d'*hydrops tubæ profluens sanguinolentus*.

Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et il n'est pas rare d'observer une véritable occlusion de l'*ostium uterinum*, due à la soudure des franges tubaires hypertrophiées. Celles-ci ont en effet une grande tendance à s'anastomoser entre elles ; que cette anastomose se fasse entre deux végétations situées en des points opposés de la paroi, et l'*ostium* est oblitéré. Cette soudure ne s'établit d'ailleurs pas nécessairement au niveau de cet orifice : il est même assez fréquent au contraire de l'observer sur un point quelconque du trajet de l'oviducte, et plus principalement à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. Dans ces cas, l'imperméabilité de l'extrémité utérine devient définitive et l'on ne peut plus compter sur la possibilité d'une évacuation de la collection par les voies naturelles.

D'autres fois, l'occlusion de la trompe est pour ainsi dire mé-

canique, due à une flexion, une coudure de l'organe, à une bride inflammatoire qui le comprime, etc.....

Telles sont les lésions observées dans l'hématosalpingite. Un grand nombre d'entre elles, on le voit, lui sont communes avec les différentes variétés de salpingites.

2^e GROSSESSE TUBAIRE AVORTÉE. — L'aspect extérieur de la môle tubaire diffère peu en général de celui de la salpingite. Nous retrouvons les mêmes modifications dans les rapports, la coloration ; nous retrouvons les mêmes adhérences. La tumeur offre cependant une forme un peu spéciale : au lieu d'être allongée, et constituée par une dilatation plus ou moins régulière de tout l'oviducte, ou d'une partie assez étendue de cet organe, elle se présente comme « une poche limitée, prise sur la cavité de la trompe et dont le volume peut égaler celui d'une noix, d'une mandarine ou d'une grosse orange. Cette poche est située le plus souvent au voisinage de l'utérus et le reste de la trompe peut être épaissi, flexueux, mais encore parfaitement net, en sorte qu'il y a contraste saisissant entre la cavité tapissée de caillots, qui occupe en un point la lumière de la trompe, et le reste du conduit revêtu de ses franges longitudinales si caractéristiques (1). » Cette particularité, sur laquelle insiste Pilliet, avait été signalée par Bernutz et Goupil (2), pour qui la forme allongée de la collection tubaire devait faire éloigner l'idée de gestation anormale. Nous admettons assez volontiers cette opinion. L'ovule, en effet, une fois fécondé et fixé dans la trompe, commence par s'y enkyster, de telle sorte que tous les phénomènes consécutifs se passent en somme dans un véritable sac fœtal, c'est-à-dire dans une cavité limitée.

Plus fréquemment peut-être que dans l'hématosalpingite, la collection tubaire coïncide avec une hématocele rétro-utérine. La tumeur qu'elle forme se perd alors dans un magma de caillots fibrineux, de dépôts plastiques fibreux, adhérents.

Les lésions sont le plus souvent unilatérales, mais nous avons vu plus haut qu'il n'y avait là rien d'absolument caractéristique,

(1) *Soc. anat.* 27 mars 1891.

(2) *Clin. méd. sur les mal. des femmes.* T. I. p. 423.

capable de différencier la môle tubaire de l'hématosalpingite enkystée.

En revanche, si nous incisons la trompe malade, nous nous trouvons en présence de lésions qui, assez souvent, nous permettent de diagnostiquer une grossesse tubaire avortée. Pour les décrire, il nous suffira de citer ici ce que nous avons observé dans un cas personnel (Obs. IV).

« Sur une étendue de 15 mm. environ, la trompe a gardé son calibre normal, la muqueuse a gardé ses franges longitudinales, la paroi a subi une hypertrophie manifeste.

A 15 mm. de la surface de section, la trompe *se dilate brusquement* ; ses parois sont très amincies ; sa cavité atteint les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Elle renferme un caillot ovoïde, à grosse extrémité interne, qui la remplit à peu près complètement. La surface de ce caillot, peu rugueuse, adhère peu ou point à la paroi de la cavité, sauf en une zone de l'étendue d'une pièce de 50 centimes où l'adhérence est intime ; il faut une traction forte pour le décoller. On trouve alors, au niveau de cette zone d'insertion, de nombreux *petits filaments grêles*. Au même point, la paroi de la poche est très amincie.

A la coupe, le caillot a un aspect homogène, sauf vers le centre où se trouve un caillot à surface lisse, indépendant du premier qui semble lui former une enveloppe ; au niveau de la base d'insertion, cette indépendance n'existe plus : les deux caillots se confondent l'un avec l'autre. »

Tel est l'aspect le plus généralement observé du contenu de la môle tubaire. L'existence d'une véritable zone d'insertion au niveau de laquelle le caillot est intimement adhérent constitue un caractère important. On en comprendrait difficilement la présence dans une hématosalpingite.

Au centre du caillot, on pourra trouver « une cavité ordinairement petite, tapissée par une membrane séreuse, lisse, et ne contenant rien autre qu'un liquide clair. » (Pilliet) C'est, en réalité, une véritable cavité amniotique.

Le caillot peut être constitué par plusieurs couches successives, d'âge différent ; son centre peut même se ramollir.

Les orifices de la trompe sont ordinairement oblitérés. Cepen-

dant Veit (de Berlin) affirme que l'extrémité abdominale reste ouverte, tandis qu'elle est nécessairement fermée dans l'hématosalpingite ; il se base même sur ce caractère visible à l'œil nu pour distinguer les deux variétés d'hématosalpinx : ce procédé, dit-il, est beaucoup plus simple qu'une recherche minutieuse des villosités du chorion (1). Nous avouons n'avoir pas souvent rencontré ou vu signaler cette persistance de l'orifice péritonéal dans le cas d'hématosalpinx. Sans doute, au début de la grossesse tubaire, il en est forcément ainsi ; mais rapidement, dès la 6^e ou au plus tard la 8^e semaine, d'après Bland Sutton (2), l'ouverture abdominale s'oblitére, et dans les cas où cependant l'examen microscopique a démontré qu'on était bien en présence d'un *œuf apoplectique*, ce fait a presque toujours été observé.

Les caractères particuliers du caillot : consistance ferme, adhérence intime en un point, existence d'une cavité amniotique en son centre, ces caractères, visibles à l'œil nu, permettent presque d'affirmer l'existence d'une grossesse tubaire. Cependant l'examen microscopique seul en fournit la preuve certaine, et Cullingworth (3) dit que personne n'a le droit d'attribuer un hématosalpinx à une grossesse tubaire s'il ne trouve pas de traces de « structure fœtale ».

Cet examen avait été fait, dans un cas, par Robin en 1854. Il décrivait longuement une membrane mince tapissant la face utérine du caillot et envoyant dans l'épaisseur de celui-ci des filaments ramifiés, et terminait par ces mots : « Ces ramifications ne sont autre chose que les villosités choriales, et achèvent de montrer que la membrane dont il s'agit est bien le chorion d'un œuf humain. » (In thèse Fenerly, 1855).

Les recherches de M. Pilliet sont venues confirmer, dans un certain nombre de cas, cette manière de voir de Robin. Nous les résumerons d'après les « Bulletins de la Société anatomique de Paris ».

Les coupes pratiquées de façon à comprendre à la fois la mu-

(1) *Congrès de la Soc. allem. de Gyn.* mai 1891.

(2) Tubal moles and Tubal aborinots. *Brit. med. J.*, nov. 12, 1892.

(3) *Brit. med. J.*, nov. 1892.

queuse tubaire et l'insertion du caillot montrent les détails suivants. La muqueuse de la trompe présente des franges épaissies, mais encore recouvertes de leur épithélium. Ces franges cessent brusquement au niveau de l'insertion du caillot ; en ce point, le chorion qui recouvre les muscles est lisse, mince et parsemé de grandes cavités sanguines et lymphatiques. De sa surface s'élèvent des prolongement grêles qui limitent des lacs sanguins.... Dans l'intérieur de ces lacs, pénètrent des villosités placentaires assez grêles et irrégulières, qui diffèrent des villosités du placenta en activité en trois points : rareté de leurs ramifications, pauvreté de leur réseau capillaire avec prédominance de tissu conjonctif à cellules étoilées, enfin diminution considérable du nombre des cellules multinucléées de l'ectoplacenta.

On retrouve donc là les caractères essentiels du placenta ; mais ces éléments sont en voie d'atrophie. En d'autres points, la répression des villosités est plus marquée, les hémorragies interstitielles plus considérables.

Au niveau de l'insertion du caillot, la paroi est richement vascularisée. Nous y trouvons des vaisseaux extrêmement dilatés et flexueux. « Ce sont, d'une part, les artères pelotonnées, presque hélicines, notablement épaissies par une prolifération considérable de leur tunique élastique, fort semblables, en un mot, à celles que l'on rencontre après l'accouchement au-dessous de l'insertion placentaire dans un utérus humain ; à côté se voient des veines sinueuses, étoilées et très larges qui sont béantes et ne présentent pas de processus de régression comme les artères. Les lymphatiques assez nombreux entourent tous ces vaisseaux qui forment des plans situés principalement à la partie externe de la trompe. L'endothélium de tous ces vaisseaux, sans exception, est notablement tuméfié.

Les fibres lisses des couches musculaires sont hypertrophiées, mais les plans qu'elles forment sont éparpillées tant par la présence des plexus vasculaires que par la dilatation excentrique de la trompe, en sorte que cette couche ne forme pas un feutrage serré. »

Telles sont les lésions de ce qu'on a appelé « *œuf apoplectique* » ou « *môle tubaire* » (Bland Sulton). Vues au microscope,

elles diffèrent totalement de celles que nous avons rencontrées dans l'hémato-salpingite enkystée ; mais, en réalité, elles aboutissent aux mêmes résultats, et nous ne croyons pas devoir imiter les auteurs qui, comme Veit, refuse à la collection sanguine qu'elles déterminent le nom d'hématosalpinx. Une fois l'embryon mort, désagréé et résorbé « la lésion change d'allures cliniques et de pronostic, comme de nature » (Pozzi), la grossesse tubaire devient un hématosalpinx.

Et ce qui démontre bien que l'hématosalpingite enkystée et l'œuf apoplectique ne sont pas deux affections totalement distinctes, quoique leur pathogénie soit différente, c'est que, une fois constitués, ils évoluent de la même manière.

Evolution des lésions. Quelle est cette évolution ? Le phénomène essentiel dans l'hématosalpinx, c'est la présence de la cavité de la trompe, d'une collection sanguine enkystée : que devient ce sang ?

Et d'abord, peut-il se *résorber* ? Nous manquons d'éléments pour résoudre cette question. Sans doute, on a pu voir des tumeurs annexielles, diagnostiquées *hématosalpinx*, diminuer progressivement de volume et disparaître tout à fait. Mais, en outre que le diagnostic n'a pas, dans ces cas, été directement confirmé, il n'est pas impossible que la prétendue résorption de la collection tubaire n'ait été en réalité qu'une évacuation, par *l'ostium uterinum*, selon le mécanisme que nous étudierons dans un instant. Par ailleurs, il nous semble plus logique d'admettre, *à priori*, que la trompe enflammée est plus disposée à sécréter qu'à résorber. Mais répétons-le, les faits nous manquent et nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses.

Ce que l'on connaît mieux, en revanche, c'est *l'évacuation* du sang par les orifices de la trompe. Rappelons ici ce que nous avons dit plus haut sur l'obstruction de ces orifices : elle peut n'être pas permanente, et il en est ainsi lorsqu'elle est due à une tuméfaction de la muqueuse. Que cette tuméfaction disparaisse par décongestion ou par desquamation, l'orifice naguère imperméable se désobstrue et, pour un moment, livre passage au contenu de la trompe.

S'il s'agit de l'orifice péritonéal, ce qui est très rare, et que

nous avons cependant observé une fois (obs. III) les symptômes de l'hématocèle rétro-utérine apparaissent, plus ou moins redoutables suivant l'abondance de l'hémorrhagie tubaire.

S'il s'agit de l'orifice utérin, ce contenu s'écoule alors par le vagin sous forme d'un liquide visqueux, de couleur lie-de-vin, plus ou moins mélangé de mucus, tandis que la tumeur péri-utérine disparaît ou diminue simplement de volume.

Mais il est rare que cette évacuation spontanée soit définitive. Presque toujours, l'imperméabilité de l'ostium uterinum reparaît, une nouvelle hémorrhagie se forme, et la tumeur se reconstitue. A plusieurs reprises, elle peut se vider de nouveau ; mais, en général, ces évacuations intermittentes finissent par ne plus se reproduire, surtout si un traitement bien dirigé ne les favorise, et l'hématosalpinx devient définitif.

Dès lors, si l'on n'intervient pas, deux phénomènes peuvent se produire : ou bien le sang subit des modifications qui le transforment tout à fait ; ou bien, à la suite d'hémorrhagies successives, il devient plus abondant, distend de plus en plus la trompe qu'il finit par rompre, et s'écoule dans le péritoine ou dans un des viscères voisins.

La *transformation purulente* du contenu de l'hématosalpinx doit être fréquente. Nous disons *doit* être fréquente, car l'on conçoit qu'il est difficile de se rendre compte de ce passage de l'hématosalpinx au pyosalpinx : lorsqu'on se trouve en présence d'une trompe renfermant un mélange de pus et de sang, comment reconnaître en effet, s'il s'agit d'un hématosalpinx suppuré ou d'un pyosalpinx hémorrhagique ? Le doute ne peut exister dans les cas comme celui de Besnier (obs. 17) où deux ponctions successives de la tumeur, faites à plusieurs semaines d'intervalle, donnent issue la première à du sang, la seconde à du pus. Mais le cas de Besnier est peut-être unique. Cependant on sait la fréquence avec laquelle s'infecte la trompe : que ce soit par propagation directe de la muqueuse utérine à la muqueuse tubaire, ou, plus probablement (à cause de l'oblitération de l'ostium), par l'intermédiaire des lymphatiques, les microbes de la suppuration doivent facilement pénétrer dans la trompe disten-

due par le sang et y provoquer les modifications qui leur sont propres.

Ainsi transformée, l'hématosalpinx évolue comme un pyosalpinx ordinaire, et nous n'avons pas à retracer ici la marche de cette affection. Signalons cependant le cas de Pozzi (1) dans lequel l'hématosalpinx suppuré s'était évacué dans le rectum huit jours avant l'opération.

Nous ne revenons pas sur ce que nous avons dit de la transformation de l'hématosalpinx en hydrosalpinx (v. plus haut, p. 44).

Quand il ne se transforme pas en poche purulente, le kyste sanguin peut persister indéfiniment sans modifications appréciables ; mais, le plus souvent, sous l'influence des causes congestives que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie : menstruation, coït, traumatisme, fatigues, il se produit, dans sa cavité, une série d'hémorrhagies successives dont chacune est le signal d'une exacerbation des symptômes, et qui finissent par amener les parois de la trompe à leur maximum de distension. Cette distension, agissant sur des parois profondément altérées, détermine leur amincissement, et, au bout d'un temps variable, leur rupture. Dans un cas que nous croyons être unique, et présenté par Dewandré (d'Anvers) à la Société Belge de gyn. et d'obst. (26 fév. 1893), cette rupture s'était faite dans l'intestin : la trompe gauche, extrêmement dilatée et renfermant une quantité considérable de caillots, communiquait par un large orifice avec l'origine du rectum. Cette ouverture, elliptique, mesurait 3 à 4 cm. de longueur sur 2 cm. de largeur. Nous n'avons pas, au cours de nos recherches, rencontré d'autre fait de rupture d'un hématosalpinx pur, non suppuré, dans un viscère. C'est qu'en effet, dans l'immense majorité des cas, la rupture se fait dans le *péritoine*.

Il semble qu'elle soit plus fréquente dans les cas d'hématosalpinx consécutifs à une grossesse tubaire. En faisant cette remarque, nous n'avons pas en vue la rupture de la trompe qui se produit si souvent au moment de l'avortement tubaire, car elle est, dans ces circonstances, une terminaison de la grossesse extra-

(1) Hématosalpingite suppurée. *Soc. de chir.*, 25 janvier 1888.

utérine et sort par conséquent de notre sujet. Nous entendons parler de la rupture de l'hématosalpinx proprement dit, c'est-à-dire du kyste hématique qui s'est formé à la suite de l'avortement tubaire. Or, même dans ces limites restreintes, la trompe se déchire fréquemment, et on s'explique facilement ce fait par l'existence, au niveau du point d'implantation de l'œuf, d'un amincissement extrême de la paroi tubaire. Pilliet a bien étudié le mécanisme de ces ruptures (1). « Dans le point où se fait la greffe, les vrilles de l'ectoplacenta détruisent les franges de la trompe. Elles corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels... Les franges étant détruites et le chorion remplacé par les villosités de l'ectoplacenta, la trompe se trouve fatalement très amincie au point de la greffe... Le fœtus ne trouve pas à vivre... Souvent il disparaît tout à fait, et le placenta reste, vivant en parasite sur la trompe... Les villosités s'atrophient; leur arborisations diminuent; leur axe reste grêle. A mesure qu'elles s'atrophient, les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforés se débouchent, et, à chaque poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorrhagie en nappe entre le placenta et la paroi tubaire... Enfin, trop souvent, à la première ou à la dixième de ces poussées, à l'occasion d'une promenade à cheval ou d'un tour de valse, la trompe cède, l'hémorrhagie ne se collecte pas; elle se répand dans le péritoine; l'hématocèle est constituée. »

Quoique la rupture se produise surtout dans la trompe gravide, elle peut aussi se produire à la suite de l'hématosalpingite.

En effet, les parois de la trompe enflammée peuvent d'autant mieux se déchirer que, nous l'avons vu, elles sont profondément altérées, souvent très amincies par la distension, et soumises aux influences congestives que nous avons signalées. Dans sa thèse inaugurale (2), Cestan cite une série de cas d'hématocèle qui ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une salpingite hémorrhagique.

(1) Des ruptures de la trompe gravide. *Progrès médical*, 7 oct. 1893.

(2) *Des hémorrhagies intra-péritonéales considérées surtout dans leurs rapports avec la grossesse tubaire*. Th. Paris 1894, p. 42

Quand la rupture a lieu dans le péritoine, deux cas peuvent se présenter. Ou bien l'hémorrhagie est foudroyante, et la mort survient rapidement, presque subitement ; ou bien la malade résiste et présente tous les signes du *début cataclysmique* de l'hématocèle rétro-utérine. Celle-ci est sujette aux récidives, car les lésions qui ont amené l'hémorrhagie persistent dans la trompe. L'existence d'adhérences péritonéales nombreuses, avant la rupture, ont une grande influence sur son pronostic, car elles peuvent enkyster l'épanchement, et arrêter ainsi l'hémorrhagie.

SYMPTOMATOLOGIE

C'est un chapitre encore assez mal défini dans l'histoire de l'hématosalpinx, que celui de sa symptomatologie. Ou, plutôt, si les troubles que provoque la présence d'un épanchement sanguin dans la trompe, sont assez bien connus, il semble difficile de les considérer comme capables de nettement caractériser l'hématosalpinx. C'est qu'en effet, très souvent, ils ne diffèrent guère de ceux que l'on a coutume d'observer dans les différentes affections inflammatoires des annexes. Et ceci ne peut nous étonner, si nous nous rappelons que toujours l'hématosalpinx, quel que soit son début, finit par n'être qu'une variété de salpingite. Cependant, si l'on analyse attentivement chacun de ces troubles, avec toutes les particularités qu'il présente dans son mode d'apparition et dans son évolution, peut-être arrivera-t-on à démontrer que si l'affection qui nous occupe n'est pas, de par sa symptomatologie, une entité nettement définie, elle n'en prend pas moins assez fréquemment une allure clinique un peu spéciale, suffisante pour la faire distinguer des autres.

1^o DÉBUT. — Le début de l'hématosalpinx est variable. Dans un certain nombre de cas, et surtout quand elle n'est que la conséquence d'une salpingite antérieure, l'hémorragie intra-tubaire se fait *insidieusement*. Après un avortement, un accouchement peu soigné, ou bien encore à la suite d'une blennorrhagie, se sont montrés des signes de métrosalpingite : menstruations irrégulières, leucorrhée, douleurs pelviennes surtout accusées au moment des règles. Dans la trompe enflammée, peut-être même déjà dilatée par un liquide muqueux ou muco-purulent, le sang s'accumule par petites poussées successives, sous l'influence des diverses causes congestives qui agissent sur les organes du petit bassin. Ces épanchements répétés n'occasionnent que des

troubles subaigus, des douleurs supportables, qui ne diffèrent des troubles et des douleurs qui les ont précédés que par des exacerbations plus marquées, au moment des règles principalement. En somme, rien n'indique à quel moment précis l'affection a cessé d'être une salpingite catarrhale simple pour devenir une hématosalpingite.

D'autres fois, l'hémorrhagie s'annonce d'une façon plus bruyante : presque toujours à l'occasion des règles (c'est là un fait digne de remarque), la malade éprouve brusquement, dans la région pelvienne, une douleur vive, beaucoup plus accusée que les douleurs jusque-là ressenties ; la menstruation est parfois subitement arrêtée. En même temps, se montrent des phénomènes réflexes dont l'intensité peut être considérable ; ballonnement du ventre, nausées et même vomissements. Ils durent quelques jours, puis survient une accalmie relative ; mais la malade continuera à souffrir beaucoup à chaque menstruation, et présentera tous les symptômes de l'hématosalpinx. Ce mode de début est surtout fréquent dans la grossesse tubaire, quand le fœtus mort n'a pas été expulsé, mais résorbé. Dans ce cas, on a pu observer précédemment les signes de grossesse au début : suppression des règles, gonflement des seins, phénomènes réflexes. Mais on sait combien souvent ces signes passent inaperçus ou n'existent pas, même dans la grossesse utérine ; il faut bien s'attendre à les trouver rarement, et presque toujours l'hémorrhagie se produit dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, sans que la malade ait présenté autre chose que des troubles plus ou moins vagues du côté des annexes.

Si l'avortement tubaire se produit par l'orifice utérin, la malade présente les signes d'un avortement utérin, comme Pilliet l'a nettement observé dans un cas : « perte abondante pendant 8 jours avec caillots parmi lesquels la malade trouve une masse charnue du volume d'une mandarine. » Si on pratique le toucher, on trouve alors dans un des culs-de-sac une tuméfaction qui indique nettement que l'hématosalpinx s'est constitué.

Si, au contraire, l'avortement se fait par l'orifice abdominal, on assiste à une série de phénomènes dont l'ensemble rappelle le *début cataclysmique* de l'hématocèle rétro-utérine de Barnes :

douleur subite et atroce, ballonnement du ventre, vomissements, anxiété respiratoire, altération du facies, du pouls, etc. Si cette hémorrhagie n'a pas amené la mort ou provoqué une intervention, ces phénomènes s'amendent ; le sang épanché dans le péritoine peut se résorber, surtout si l'occlusion de l'orifice tubaire vient à empêcher toute communication entre le péritoine et la trompe ; nous avons alors l'hématosalpinx simple. Sinon la collection tubaire se complique d'hématocèle.

L'hématosalpinx peut suivre de la même manière la rupture de la trompe gravis, mais le fait est plus rare, parce que dans ces circonstances, l'hémorrhagie est beaucoup plus grave et détermine souvent la mort, si l'on n'intervient pas.

2^o TROUBLES FONCTIONNELS. — Quel que soit son mode d'apparition, insidieux comme dans la salpingite, ou brusque comme dans l'avortement tubaire, qu'il soit simple ou accompagné d'hématocèle rétro-utérine, l'hématosalpinx donne lieu à des *troubles fonctionnels* dont la plupart lui sont communs avec les différentes variétés de collections tubaires.

Douleur. — Le plus précoce et le plus constant de ces troubles est la *douleur*. Le siège de cette douleur est surtout le bassin, mais il est loin d'être toujours exactement limité ; cela s'explique, parce que l'utérus participe plus ou moins à l'inflammation, et que le péritoine pelvien réagit dans tous les cas. Cependant les malades la localisent le plus souvent sur les côtés de l'utérus, au-dessus de l'arcade de Fallope, dans la région ovarienne ; elle est donc nettement latérale et peut siéger simultanément à droite et à gauche. De ce centre, elle rayonne dans diverses directions : vers les lombes, la région sacrée, le pubis, la cuisse, etc... Les irradiations lombaires surtout sont fréquentes ; elles manifestent plutôt quand la femme est debout, et la forcent à se tenir un peu courbée, mais on les rencontre dans toutes les affections du petit bassin. Les irradiations vers le siège au contraire sont peut-être plus spéciales aux inflammations des annexes : elles se localisent tantôt au niveau de l'articulation sacro-iliaque ou du sacrum, tantôt au niveau du coccyx mais il est rare qu'elles soient assez marquées pour rendre intolérable la position assise comme dans certains cas de salpingite.

Vers la cuisse, la douleur de l'hématosalpinx ne s'irradie que quand la collection tubaire est volumineuse, et par conséquent, capable de comprimer les filets nerveux qui se rendent aux membres inférieurs.

Les caractères de cette douleur sont très variables : elle est tantôt vive, lancinante, tantôt sourde, énervante par sa persistance plutôt que par son acuité : d'autres fois au contraire elle n'est qu'une gêne, une pesanteur qui disparaît pendant le repos, pour reparaitre et s'exaspérer sous certaines influences, telles que la marche, la fatigue, etc.

Dans certaines observations, les douleurs prennent une allure spéciale qui leur a fait donner le nom de *coliques salpingiennes* « Le tableau en a été magistralement tracé par Landau. La malade, courbée en deux, applique les mains sur les régions iliaques, siège de douleurs profondes et diffuses, ou bien elle comprime les reins, où elle éprouve une sensation de brisement. Les souffrances sont tellement intenses que les mouvements ne les augmentent pas, et qu'à chaque accès, les patientes se tordent, s'agitent, cherchent dans des positions variées le calme qu'elles ne peuvent trouver. Elles poussent des cris déchirants : l'expiration anxieuse est entrecoupée de gémissements. Sous l'influence de ces efforts, les veines du cou et du front se gonflent, le visage se congestionne, le facies prend une expression des plus douloureuses. L'accès passé, les malades sont brisées, anéanties (1) ».

Ces coliques salpingiennes auraient pour point de départ une réaction de la trompe, qui se contracterait pour chasser son contenu, et seraient suivies de ce que Labadie-Lagrave appelle une *vomique salpingienne*, c'est-à-dire de l'évacuation de ce contenu. Il ne faut peut-être pas, suivant la remarque de Delbet, attacher trop d'importance à cette conception « séduisante, mais un peu théorique ». Néanmoins, si ces douleurs paroxysmiques se manifestent au moment des règles, si elles sont suivies de l'écoulement par l'orifice du col utérin d'un sang poisseux,

(1) Diagnostic et traitement médical des salpingites. — Labadie-Lagrave et Basset. *Sem. méd.* 6 janv. 1895.

brunâtre, et qu'il en résulte une amélioration notable, elles prennent par là même une signification très importante au point de vue du diagnostic et sur laquelle nous reviendrons.

Il est à remarquer en effet que dans l'hématosalpinx plus que dans toute autre variété de salpingite, chaque période menstruelle est le signal d'*exacerbations* parfois intolérables. Telle malade qui, dans l'intervalle des règles, souffre assez peu pour pouvoir vaquer régulièrement à ses occupations, est obligée au contraire quand les règles apparaissent de garder le lit. Cette recrudescence des phénomènes douloureux à chaque menstruation occupe, dans la symptomatologie de l'hématosalpinx, une place considérable, car on la retrouve dans tous les cas. Elle est due probablement à une nouvelle poussée hémorragique qui se produit dans le kyste tubaire sous l'influence de la congestion qui accompagne la ponte de l'ovule. Ce mécanisme est d'autant plus probable que, dans quelques cas, on a pu constater, en même temps que l'exacerbation douloureuse, une augmentation de volume de la tumeur péri-utérine.

L'accès douloureux cesse en général avec la période menstruelle ; on a même cité des observations dans lesquelles il était calme par l'apparition de l'écoulement sanguin (observ. 28). Mais il est rare que les souffrances disparaissent complètement dans l'intervalle des règles. Nous avons eu néanmoins l'occasion d'observer une personne qui, avec un hématosalpinx volumineux, a pu, pendant plusieurs mois, se livrer aux travaux du ménage sans éprouver de malaise véritable. Seul, l'examen de la malade provoquait des douleurs.

Un certain nombre de circonstances peuvent influencer sur la douleur pour la réveiller ou l'exaspérer : tels le coït qui, presque toujours pénible, est parfois même impossible (dyspareunie), la *défécation*, qui est très fréquemment douloureuse en raison des efforts qu'elle exige et de la pression que le bol fécal exerce sur la tumeur. La miction agit exceptionnellement dans le même sens. La station debout, la marche, les cahots d'une voiture et surtout les efforts ont au contraire une influence très marquée.

Dans tous les cas, ces douleurs, même lorsqu'elles sont très

sourdes, peuvent être *provoquées* par l'examen direct de la malade. Nous reviendrons sur ce fait important, dans l'étude des signes physiques.

A côté du symptôme *douleur* qui se rencontre, avec la plupart de ces mêmes caractères, dans les autres variétés de collections tubaires, nous avons les *troubles de la menstruation*. Eux non plus, n'offrent rien de pathognomonique ; mais leur importance n'en est pas moins considérable, car ils sont constants. Ils peuvent même précéder l'apparition de l'hémorrhagie tubaire, et reconnaissent alors pour cause la métrite primitive. Ils sont d'ailleurs extrêmement variables ; nous pourrions, comme M. Delbet l'a fait pour les salpingites en général, en distinguer quatre types :

a) *Type dysménorrhéique*. — Si, par cette dénomination, nous désignons simplement les règles douloureuses, sans nous préoccuper de leurs autres caractères : durée, régularité, abondance, nous devrions ranger dans cette catégorie tous les cas d'hématosalpinx ; nous avons dit plus haut, en effet, que toujours la période cataméniale était la cause d'une exacerbation des souffrances. Mais si nous réservons cette appellation pour les cas où la menstruation tout en étant douloureuse, reste régulière, il n'en est plus de même, car, dans presque toutes les observations, nous lisons que les règles sont modifiées, dans leur durée, leur quantité, leur fréquence. Le type dysménorrhéique pur est donc moins fréquent que les autres, que les deux derniers du moins.

b) *Type aménorrhéique*. — Comme le précédent, il est très rare : il est exceptionnel que les règles soient supprimées pendant plusieurs mois de suite. Cependant, la femme qui fait l'objet de notre quatrième observation personnelle ne les a pas eues pendant les deux mois qui ont précédé l'opération ; et Terrillon a rapporté un cas dans lequel l'écoulement cataménial fut, pendant plusieurs années, réduit à quelques gouttes de sang.

c) *Type ménorrhagique*. — Il se rencontre dans un grand nombre de cas, les règles sont plus abondantes, elles se prolongent pendant 3, 6, 8 jours et plus.

d) *Type métrorrhagique*. — Il est peut-être plus fréquent encore que le précédent : dans l'intervalle des règles qui sont abondantes et profuses, la malade a des « pertes rouges » considérables.

Il ne faut pas croire que ces types soient toujours distincts et ne puissent exister simultanément ; au contraire, nous ne les avons séparés les uns des autres que pour faciliter la description des modifications menstruelles. Souvent en effet, les règles sont à la fois douloureuses (dysménorrhée), abondantes et prolongées (ménorrhagies), et précédées et suivies de pertes sanguines considérables (métrorrhagies), de telle façon que les femmes « toujours dans le sang » ne savent plus reconnaître leurs époques menstruelles. D'autre part, ces troubles peuvent changer de caractères au cours de l'évolution de la maladie : telle femme par exemple qui aura eu, au début, des ménorrhagies pourra plus tard voir ses règles diminuer beaucoup et même disparaître complètement. C'est ce qui s'est produit chez une de nos malades (observation personnelle, IV) : l'écoulement cataménial très abondant en février et mars n'a pas paru en avril et en mai, c'est-à-dire pendant les deux mois qui ont précédé immédiatement l'intervention.

Un fait que nous avons vu noter souvent, et que nous retrouvons chez cette même malade, c'est la suppression brusque de l'écoulement sanguin au cours d'une période menstruelle.

La leucorrhée est également fréquente dans l'intervalle des pertes sanguines.

Puech a signalé, dans l'hématosalpinx, un phénomène particulier auquel il a donné le nom *d'aménorrhée distillante* ; il consiste dans l'écoulement incessant, gouttes par gouttes, d'un sang plus ou moins altéré, mélangé au mucus utérin. Les règles véritables sont alors absentes. Ce fait auquel certains auteurs ont attaché une grande importance, n'a, d'après Pozzi, rien de pathognomique et peut se rencontrer dans la métrite. Il nous amène cependant à étudier un symptôme sur lequel tous ne sont pas d'accord, nous voulons parler de *l'écoulement du contenu de la trompe par les voies naturelles*.

Klob est enclin à penser que, lorsque les règles semblent se

rétablir, après une longue interruption, chez des femmes d'un âge avancé, cette prétendue menstruation tardive est due à l'évacuation par l'utérus du contenu d'une salpingite hémorrhagique (1). Ce que nous avons dit, au chapitre de l'anatomie pathologique, de la perméabilité de l'*ostium uterinum* nous explique la possibilité de l'évacuation d'une collection sanguine de la trompe par l'utérus et le vagin (*hydrops tubæ profluens sanguinolentus*). Il est parfois difficile, il est vrai, d'affirmer d'une façon certaine que le sang ne vient pas de l'utérus. Cependant quand ce sang s'écoule en assez grande abondance, qu'il a tous les caractères du « sang vieux » ; quand cet écoulement s'accompagne d'une amélioration notable des phénomènes salpingiens ; quand surtout il est suivi d'une diminution, directement constatée, du volume de la tumeur, le doute n'est plus permis. Mundé a signalé un fait de ce genre (obs. 24). Nous-même dans un cas dont nous n'avons malheureusement pas pu avoir l'observation complète, avons vu ce même phénomène. Il s'agissait d'une jeune femme qui, en prenant un bain, avait vu ses règles supprimées brusquement. Elle avait été prise en même temps de douleurs vives dans le bas ventre et obligée de s'aliter. Il existait d'un côté de l'utérus une tumeur fluctuante. Quelque temps après, en dehors de la période menstruelle, la malade perdit par le vagin une petite quantité de sang vieux ; à la suite de cet écoulement, nous pûmes constater, par le toucher, que la collection tubaire avait diminué de volume.

Nous avons signalé plus haut un cas analogue observé par M. Duret.

Hausammann a publié une observation de Frankenkaiser, plus intéressante encore à ce point de vue : il s'agissait d'une jeune fille de 27 ans qui avait eu des menstruations irrégulières, puis une métrorrhagie ; à l'examen, on constate une tumeur grosse comme le point dans la région iliaque, offrant les caractères d'une trompe distendue. En pressant sur cette tumeur, on vit s'écouler par l'orifice de la matrice une demi-once d'un sérum teint de sang. (*In* thèse Güemes). Le même fait s'est produit

(1) BANDL. *Die Krankheiten der Tuben* (d'après DELBET).

chez une malade de M. Guermontprez, au moment où il pratiquait le toucher vaginal (observ. 38).

Des faits de ce genre ont d'ailleurs été signalés, dans les pyosalpinx par Terrillon, Routier, Monprofit.... Il semble donc bien que certaines métrorrhagies sont d'origine tubaire (1).

Pour en finir avec les troubles fonctionnels, signalons les phénomènes dus à la compression des organes voisins par la trompe dilatée : constipation, douleurs de la défécation, troubles de la miction, etc.. Pour être réalisés, ils exigent une grande distension de la trompe ; c'est ce qui explique leur rareté, ou plutôt leur peu d'importance. Cependant, les douleurs de la défécation, comme nous l'avons dit déjà, sont assez fréquentes, plutôt à cause des efforts que nécessite cet acte que d'une véritable compression.

3° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Les symptômes généraux sont souvent peu accusés dans l'hématosalpinx. En dehors des crises douloureuses, surtout prononcées au moment des règles, les femmes sont parfois tout à fait bien portantes. C'est là un fait digne de remarque : l'hématosalpinx retentit peu sur l'état général, même lorsqu'il donne lieu à des douleurs continues. Evidemment, il faut attribuer cette tolérance de l'organisme à l'absence des phénomènes d'infection et de résorption septique. La *fièvre* est, en effet, une exception ; cette particularité peut aider singulièrement à diagnostiquer une collection sanguine d'une pyosalpingite qui s'accompagne le plus souvent d'une certaine élévation, surtout vespérale de la température, et qui finit toujours par conduire, plus ou moins rapidement, à l'hecticité et à la cachexie.

Néanmoins, malgré cette tolérance fréquente, l'hématosalpinx, comme toutes les affections de l'utérus et des annexes, peut déterminer des phénomènes d'ordre réflexe, dont les plus communs sont les troubles digestifs et les troubles nerveux ; irritabilité, apathie, etc Ces phénomènes, joints à des hémorrhagies

(1) D'après PILLIET (*Congrès de Chirurgie de Lyon. 1894*), on aurait dans certains cas, par l'examen microscopique des caillots ainsi expulsés, trouvé des villosités choriales attestant l'origine placentaire de l'hématosalpinx.

abondantes dues à la métrite concomitante, finissent par compromettre la santé.

La stérilité est une suite fréquente de l'accumulation de sang dans la trompe, même quand la collection est unilatérale. Il est rare en effet, même quand l'hématosalpinx siège seulement d'un côté, que l'autre trompe ne présente quelque lésion qui s'oppose à la marche du spermatozoïde vers l'ovule. C'est ce qui nous explique que l'hématosalpinx consécutif à une grossesse tubaire avortée soit toujours unilatéral.

Tels sont les troubles fonctionnels qu'occasionnent les kystes hématiques des trompes. Nous devons faire remarquer que, dans bon nombre de cas, ils ne se présentent pas avec des caractères aussi nets, et que souvent leur retentissement sur l'état général est à peine sensible. Mais il est exceptionnel qu'on ne les observe pas ; toujours ils suffisent à attirer l'attention du médecin vers l'appareil génital, dont l'examen direct lui révélera une série de signes physiques importants.

4^e SIGNES PHYSIQUES. — L'hématosalpinx étant avant tout une collection intra-tubaire, ses signes physiques seront ceux des tumeurs formées par la dilatation kystique des trompes. Pour l'appréciation de ces signes, il faut utiliser les divers procédés d'exploration des organes génitaux internes de la femme ; mais ici, comme dans les autres affections des annexes, les résultats obtenus sont loin d'avoir la même valeur, pour les différents modes d'examen mis en œuvre. D'une façon générale en effet, si la palpation abdominale, le toucher vaginal, le toucher rectal peuvent donner, sur la nature de cette tumeur, de très utiles renseignements, c'est surtout à l'examen combiné, au toucher vaginal associé à la palpation abdominale que l'on aura recours.

Faisons remarquer d'abord que ces différentes manœuvres déterminent fréquemment de très vives douleurs, et que souvent la contracture réflexe des muscles abdominaux leur oppose un obstacle sérieux : l'emploi de l'anesthésie générale peut donc être très utile. Non seulement elle épargne à la malade les souffrances de l'exploration, mais encore elle facilite considérablement la tâche du chirurgien. Dans certains cas, elle sera tout à fait indispensable. Ajoutons que l'examen des organes pelviens, pour

l'hématosalpinx, plus peut-être que pour les autres collections tubaires, doit être pratiqué avec infiniment de douceur et de précautions : on sait trop bien, en effet, avec quelle facilité se reproduisent les hémorragies, avec quelle facilité se déchire la trompe, pour ne pas reconnaître qu'un examen fait sans ménagement peut provoquer les accidents les plus graves.

La *palpation* permet de reconnaître l'existence constante de la douleur dans la région ovarienne, soit d'un côté, soit des deux côtés; quelquefois elle permet en outre de constater l'existence d'une tumeur. Si celle-ci est volumineuse, si elle est entourée de dépôts plastiques d'origine inflammatoire, on la sent facilement : dans notre quatrième observation personnelle, la main appliquée sur la paroi abdominale percevait une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite, l'hypogastre, et se prolongeant jusque dans la fosse iliaque gauche. Mais un tel fait est l'exception. D'ordinaire il faut une palpation attentive et profonde pour découvrir la tumeur; chez notre seconde malade, on sentait au niveau du petit bassin une tuméfaction profonde, rénitente. Dans beaucoup de cas, on n'éveillera que de la douleur et on ne sentira rien du tout.

Le *toucher vaginal* révèle d'abord des modifications plus ou moins importantes du col de l'utérus, qui est souvent augmenté de volume, mais qui est surtout dévié. Suivant la situation et le volume de la tumeur, il est déplacé latéralement ou, plus souvent, en avant derrière le pubis. Presque toujours, il est fixé dans sa situation anormale par des adhérences inflammatoires, et si on essaie de le mobiliser, on provoque une douleur en général très aiguë. Comme pour la palpation, la tumeur n'est appréciable au doigt explorateur que si elle est volumineuse; l'un des culs-de-sac latéraux ou les deux à la fois, le cul-de-sac postérieur sont alors effacés par une tuméfaction dont il est difficile de bien préciser les caractères, parce qu'elle fuit et remonte si on exerce sur elle une pression. Souvent même, le doigt pourra à peine l'effleurer.

Mais ce qui est à peu près constant, c'est l'apparition d'une douleur vive, parfois *exquise* (Gallard), quand on déprime fortement le cul-de-sac au niveau duquel se trouve la tumeur.

Le *toucher rectal* donne quelquefois des renseignements plus complets sur la tumeur; il permet en effet de passer derrière elle. Mais, nous le répétons, ses caractères ne peuvent être complètement analysés que par un *examen combiné*. Par ce procédé, « la main placée sur l'abdomen, un peu haut, entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure, abaisse la tumeur au contact du doigt vaginal; elle la soutient et l'immobilise pour permettre à ce dernier d'apprécier tous les détails de sa forme, de sa consistance et de ses connexions » (Delbet).

Dans les cas typiques, on sent entre les deux mains qui explorent, sur l'un des côtés ou sur les deux à la fois, une tuméfaction allongée transversalement, en boudin, ou mieux en massue, avec une grosse extrémité dirigée en dehors, et rattachée à la corne utérine par un pédicule rétréci. La constatation de cette continuité de la tumeur avec la corne utérine a, pour le diagnostic des différentes collections tubaires, une importance considérable que Martin a bien mise en lumière, et sur laquelle Delbet a aussi beaucoup insisté. Cette tumeur est parfois mobile, mais cette mobilité est rarement complète à cause des adhérences qui se sont formées. Cependant, même quand ces adhérences sont très étendues, on sent que la tumeur n'est pas absolument fixe : « on perçoit une sorte de mobilité obscure dont l'importance est encore très grande » (Delbet).

La consistance est variable; la fluctuation est parfois manifeste, surtout dans les hématosalpingites à contenu liquide; dans les grossesses tubaires avortées, le sang se coagule le plus souvent et la fluctuation fait place à une consistance plus ou moins ferme.

Cette description typique que nous venons de donner du kyste hématique de la trompe, au point de vue clinique, est loin de s'appliquer à tous les cas. La collection tubaire est en effet susceptible des plus grandes variations quant à son volume, à sa forme, à sa situation. Au lieu de former un boyau allongé transversalement, gros comme un ou deux doigts, elle peut atteindre le volume d'une orange, du poing; elle tombe alors le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas. On ne sent plus la portion interne rétrécie de la trompe; mais il existe entre la tumeur et

l'utérus une dépression, un sillon auquel plusieurs auteurs attachent une grande importance diagnostique. On perçoit alors une tumeur irrégulière, noueuse, bosselée ; elle n'est pas franchement postérieure, suivant la remarque de Delbet : elle est située derrière le bord de l'utérus et s'étend sur les parties latérales où on peut la suivre, elle est « rétro-latérale ».

Ces signes sont moins nets lorsque la tumeur est située au-dessus ou en avant de l'utérus. Ils sont moins précis encore lorsqu'une réaction inflammatoire intense s'est produite du côté du péritoine et a provoqué la formation d'adhérences étendues, de dépôts plastiques épais : ces modifications empêchent de percevoir, autrement que d'une manière assez confuse, les différents caractères de la collection tubaire.

Si les lésions sont bilatérales, on peut percevoir séparément les deux tumeurs ; mais souvent, elles tombent toutes deux dans le cul-de-sac recto-utérin, s'y accolent et s'y confondent en une tumeur volumineuse, plus ou moins diffuse. D'autre fois, on sent une des trompes en arrière et l'autre en avant ou sur le côté de l'utérus. Elles peuvent avoir un volume tout différent.

Les ovaires sont rarement sentis dans le cas d'inflammation des trompes : ils participent en effet aux phénomènes réactionnels dont tout le péritoine du petit bassin est le siège, s'accroissent aux tumeurs salpingiennes auxquelles ils forment parfois une tumeur surajoutée ; souvent ils s'atrophient au contraire et deviennent imperceptibles.

Tels sont les signes physiques que nous fournit l'examen des malades atteints d'hématosalpinx (1). On le voit, nous avons raison de dire, en commençant l'énumération, qu'ils n'étaient pas particuliers à cette affection, puisqu'en somme on les retrouve tous dans les autres variétés de collections tubaires.

Il est cependant un signe sur lequel Terrillon a appelé l'atten-

(1) Nous ne faisons que signaler ici certains procédés d'exploration, tels que le double toucher (toucher vaginal et toucher rectal simultanés de Tilt), le toucher vésical, le toucher vésico-rectal combiné à l'abaissement de l'utérus, le catéthérisme utérin, ils ne donnent guère plus de renseignements que les procédés ordinaires, et, en tous cas, sont bien rarement nécessaires.

tion et qu'il considère comme spécial à l'hématosalpinx ; ce signe est fourni par les variations que subit la tumeur, chez un même sujet, dans des circonstances bien déterminées. Nous avons signalé, en parlant des troubles fonctionnels, des exacerbations douloureuses qui se manifestaient au cours de la période menstruelle. Or, à cette exagération des douleurs qui ne reconnaît en réalité d'autre cause qu'une nouvelle poussée hémorragique dans la cavité de la trompe, correspond une augmentation de volume de la tumeur. Ce fait a été observé d'une façon tout à fait particulièrement nette dans un cas de Terrillon (obs. 27), même par la malade ; celle-ci, pendant trois ans, à chaque retour des règles, a vu apparaître une petite tumeur dure, grosse comme un œuf, qui devenait imperceptible dans l'intervalle des menstruations. La consistance de la tumeur variait dans le même sens que le volume.

Dans d'autres cas, on peut observer aussi d'autres variations : il s'agit alors, non plus d'une augmentation, mais d'une diminution de la tumeur à la suite de l'évacuation plus ou moins complète de son contenu par l'utérus. Rappelons à ce sujet ce que nous avons dit plus haut sur la possibilité de cette évacuation (v. page 64), et les cas cités par Mundé, Hausamman, Duret, Guérmonprez et nous-même.

Marche, complications et terminaisons. Pronostic.

Ce que nous avons dit de la pathogénie de l'hématosalpinx, de ses lésions et de leur évolution, de ses symptômes, nous a déjà donné une idée de sa marche et de ses complications possibles. Nous serons donc assez bref sur ce chapitre.

Parfois très rapide, et aboutissant en peu de temps à une de ces complications qui sont de véritables modes de terminaison, la marche de l'hématosalpinx est assez souvent, au contraire, insidieuse. Son évolution est progressive, de sorte que les douleurs et les autres troubles fonctionnels s'aggravent de plus en plus. Mais ce qui caractérise surtout cette évolution, c'est l'exacerbation périodique de ces troubles, coïncidant avec les périodes menstruelles, c'est l'allure par *saccades* (Bernutz). A chaque période cataméniale, se produit, dans le kyste hématique, une

nouvelle décharge sanguine qui donne un coup de fouet aux lésions et aux symptômes qui existaient déjà. Après cet orage menstruel, survient une accalmie qui dure jusqu'au prochain retour des règles. Mais ces poussées successives finissent par laisser derrière elles une aggravation persistante, et l'organisme qui, pendant une période très prolongée, a pu montrer vis-à-vis de ces troubles une grande tolérance, se laisse à la longue influencer, nous voyons alors apparaître les phénomènes généraux : troubles digestifs, ou nerveux, qui, joints aux douleurs de plus en plus accusées, dépriment l'état général et amènent graduellement les malades à un état de faiblesse très marquée.

A côté de ces cas à marche progressive par saccades, il en est d'autres où au contraire, l'allure de la maladie est presque silencieuse : il existe à peine quelques douleurs qu'on attribue à une dysménorrhée simple, à une métrite, et leur véritable cause passe inaperçue si le médecin ne pratique pas une exploration attentive des organes pelviens.

Enfin, il est bon nombre de cas où la marche de l'hématosalpinx est presque foudroyante ; à la suite d'un avortement tubaire, la femme a pendant quelques jours, quelques semaines, éprouvé des douleurs plus ou moins vives dans le petit bassin. Puis, un beau jour, après un effort, un coït, elle est prise brusquement de douleurs atroces dans l'abdomen, et rapidement présente ou les symptômes d'une hémorrhagie intense grave ou les signes d'une péritonite suraiguë : une rupture de la collection tubaire s'est produite, qui emporte la malade, ou transforme son hématosalpinx en une hématoécèle péritonéale.

La *durée* de l'hématosalpinx est donc très variable ; il peut être toléré pendant de longues années et dans un cas de Ménière, cité par Becquerel, nous voyons une femme qui, après un accouchement suivi d'accidents de métrite-péritonite, a pendant 14 ans présenté tous les mois des phénomènes de congestion pelvienne. Au bout de ce temps, elle meurt de pneumonie, et à son autopsie, on trouve les deux trompes dilatées renfermant du sang vieux.

En revanche, il est certaines *complications* qui sont susceptibles de hâter singulièrement la marche de l'hématosalpinx.

Parmi les plus fréquentes, nous devons signaler les complica-

tions inflammatoires du petit bassin. L'inflammation de la trompe qui existe toujours, primitivement ou tout au moins secondairement, dans l'hématosalpinx, se propage au péritoine qui l'entoure. Cette propagation se fait, elle aussi, par poussées successives, et pourrait peut-être s'expliquer par la chute d'une très petite quantité de sang dans la cavité abdominale. Quoiqu'il en soit, ces poussées déterminent une série de phénomènes parfois inquiétants : douleurs vives, ballonnement du ventre, vomissements, etc... Elles se calment d'une façon générale au bout de quelques jours, mais elles laissent après elles des adhérences qui seront le point de départ de tiraillements douloureux, et constituent toujours un terrain excellemment préparé pour une nouvelle poussée inflammatoire.

D'autres complications sont de véritables modes de terminaison de la maladie. Nous voulons parler de la *rupture* de la trompe et de la *transformation purulente* de son contenu. Et en effet l'affection peut-elle se terminer autrement ?

Est-il possible, par exemple, que la trompe se vide par l'utérus ? Cela n'est pas douteux, et le fait s'est réalisé dans quelques cas dont nous avons eu déjà l'occasion de parler en étudiant l'évolution des lésions. Mais il est beaucoup plus rare de ne pas voir la collection se reproduire. Terrillon cite un cas où l'hématosalpinx apparaissait au commencement des règles pour se vider après leur disparition ; ces alternatives ont duré trois ans, au bout desquels la collection est devenue définitive. Le même auteur a, dans un autre cas, pratiqué de nombreuses ponctions : chaque fois, la trompe s'est de nouveau remplie. Nous-même avons pu observer le même fait dans le service de M. le Professeur Duret : l'évacuation d'un hématosalpinx par une ponction vaginale a été rapidement suivie dans la réapparition de la collection (observation personnelle II).

Le sang s'écoule donc difficilement par l'utérus, ou tout au moins il est rare que la guérison définitive puisse survenir de cette façon. La *résorption* du sang enkysté doit être aussi peu fréquente. Nous rappellerons seulement ce que nous en avons dit plus haut : d'une part les lésions de la muqueuse tubaire semblent devoir l'empêcher plutôt que la favoriser ; d'autre part,

l'apport d'une nouvelle quantité de sang sous l'influence de la moindre poussée congestive ne facilite guère ce mode de terminaison.

Ou bien le sang reste indéfiniment dans le même état, subissant à peine quelques modifications telles qu'une ébauche d'organisation des caillots ; ou bien il se transforme complètement, ou bien encore la trompe, distendue et altérée, éclate en donnant lieu à une hématocele ou à une hémorragie foudroyante.

La transformation de l'hématosalpinx en hydrosalpinx, mode de terminaison relativement favorable, se produirait assez fréquemment, d'après Güemes. Nous avons vu qu'il convenait de faire beaucoup de réserves sur cette fréquence.

En revanche, la *transformation purulente* du contenu de la trompe, dont le mécanisme est tout autre, se réalise bien plus aisément. En effet, le voisinage de la cavité utérine où pullulent les microbes pathogènes (car elle aussi est toujours plus ou moins enflammée), ce voisinage, disons-nous, rend bien facile une infection secondaire. Les germes de la suppuration s'introduiront dans la muqueuse tubaire, soit par continuité directe, de muqueuse à muqueuse, soit par l'intermédiaire des lymphatiques normaux ou de ceux dont Poirier a démontré le riche développement dans l'épaisseur des adhérences tubo-utérines. Dès lors, ce n'est plus à un hématosalpinx que nous avons affaire, mais à une collection purulente dont l'évolution et la symptomatologie ne diffèrent guère de celles du pyo-salpinx ordinaire. C'est dire tout le danger de cette complication : l'apparition de la fièvre hectique, la formation de fistules, l'épuisement rapide en seront la conséquence.

Une autre complication qui, elle aussi, est un mode de terminaison redoutable de l'hématosalpinx, c'est la *rupture de la trompe*. Nous savons les lésions qui la favorisent et les circonstances dans lesquelles elle se produit. Sous l'influence des hémorragies successives, la trompe se distend de plus en plus. Le processus inflammatoire qui suit toujours son cours, altère aussi de plus en plus les parois ; nous avons, par ailleurs, noté l'amincissement considérable que celles-ci présentent, dans les cas de grossesse tubaire, au niveau de l'insertion du caillot,

Dans ces conditions, qu'une cause quelconque intervienne pour déterminer une nouvelle hémorrhagie ou même pour provoquer des contractions des parois de la trompe, et la rupture se produit. On voit alors, le plus souvent au moment des règles, au cours d'un coït, après un effort, une violence extérieure, un refroidissement, etc.... apparaître brusquement un ensemble symptomatique grave : douleur vive dans le ventre, ballonnement, vomissements, sueurs froides, pouls petit, défaillances et même syncope pouvant aller jusqu'à la mort.

Le pronostic de cette complication varie suivant l'abondance de l'hémorrhagie qui se produit au moment de la rupture. La malade peut être emportée en quelques instants avec tous les signes de l'hémorrhagie interne ; d'autres fois, cette issue fatale ne se produit qu'en quelques jours, après plusieurs hémorrhagies successives.

La mort survient parfois d'une autre façon, lorsque se développent, après l'écoulement sanguin, les signes d'une péritonite suraiguë.

Heureusement, la complication qui résulte de la rupture de la trompe n'a pas toujours cette terminaison redoutable. Les vaisseaux déchirés peuvent n'être pas très importants, et l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même ; ou bien, il existe dans le petit bassin des adhérences qui unissent entre eux les différents organes et peuvent s'opposer à l'écoulement indéfini du sang. La malade résiste, et présente dès lors tous les symptômes de l'*hématocèle intra-péritonéale*. Celle-ci offrira cette particularité que souvent elle procédera, dans sa marche, par *saccades* comme l'hématosalpinx : c'est que les lésions de la trompe persistent, et que des récidives se produisent à chaque poussée congestive. L'évolution de l'hématocèle rétro-utérine, sa transformation purulente, son ouverture spontanée dans les viscères, etc., sont trop connues pour que nous les rappelions ici. Ce serait d'ailleurs nous écarter du but que nous nous sommes proposé.

L'étude des symptômes de l'hématosalpinx, de sa marche et de ses complications, nous éclaire suffisamment sur la gravité de *pronostic*. Comme toutes les salpingites kystiques, il est la source de troubles fonctionnels qui, s'ils ne constituent pas par

eux-mêmes un danger immédiat, peuvent rendre la vie intolérable. La stérilité de la femme est une de ses conséquences habituelles. Il n'a guère de tendance à la guérison spontanée. Enfin, les complications qui, à tout instant, peuvent interrompre sa marche ou la hâter, sont des plus redoutables.

DIAGNOSTIC

Ce n'est pas d'emblée que l'on peut arriver au diagnostic de l'hématosalpinx : deux étapes au moins sont à franchir. Dans la première, on reconnaîtra que l'on est bien en présence d'une collection tubaire ; dans la seconde, on devra préciser la nature de son contenu, faire le diagnostic de l'hématosalpinx proprement dit. Pour être complet, il faut même en ajouter une troisième : en effet, quand il sera prouvé que l'on a bien affaire à un kyste de l'oviducte, et que son contenu est bien du sang, il sera intéressant d'en éclaircir la pathogénie, d'établir si cet épanchement sanguin est d'origine inflammatoire ou s'il reconnaît pour cause une grossesse tubaire avortée.

Telle est la marche que nous allons suivre.

1° Sommes-nous en présence d'une collection de la trompe ?

Le diagnostic des collections tubaire a longtemps été considéré comme impossible. Les difficultés en sont grandes, en effet ; mais aujourd'hui que leur histoire clinique est mieux définie, que les méthodes d'exploration sont perfectionnées, les affections des trompes sont couramment reconnues pendant la vie. L'existence de douleurs dans la région ovariennes, avec exacerbations au moment des règles, avec modifications de l'écoulement menstruel, doit immédiatement attirer l'attention du côté des annexes. On en pratiquera alors une exploration attentive, en utilisant les différents procédés que nous avons énumérés plus haut et principalement le palper bi-manuel.

Nous ne pouvons redire ici les signes que cet examen physique fait découvrir. Rappelons seulement les caractères fondamentaux qu'il permet d'apprécier, c'est-à-dire l'existence d'une tumeur latérale, plus ou moins mobile, se continuant manifes-

tement avec la corne utérine quand elle est petite, séparée de la matrice par un sillon, quand elle est volumineuse.

En se basant sur ces signes physiques et sur l'ensemble des symptômes fonctionnels que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, on arrivera très souvent au diagnostic. Il faut avouer cependant que, dans certains cas, l'hésitation est grande et l'erreur possible. Nombreuses, en effet, sont les affections avec lesquelles on peut confondre les collections de la trompe. Nous ne signalerons que très rapidement les moyens d'éviter ces confusions : car ils sont indiqués dans tous les ouvrages.

Dans la *métrite*, il n'y a pas de douleurs spontanées ou provoquées, ni de tumeur, dans la région des annexes. Elle a ses signes propres, faciles à constater *de visu* au speculum. Cependant, on ne doit pas oublier que presque toujours l'hématosalpinx s'accompagne d'une métrite plus ou moins prononcée derrière laquelle il faudra le dépister.

Les *déviation utérines*, surtout la rétroflexion, pourraient prêter à confusion. Les caractères de la tumeur, ses rapports avec la matrice, l'exploration vaginale combinée à la palpation abdominale, le cathétérisme utérin permettent de la reconnaître.

Les *corps fibreux* de l'utérus sont plus difficiles à différencier. « Véritablement protéiques par leurs formes, les fibromes peuvent tout simuler » (Delbet). Ce sont surtout les fibromes sous-péritonéaux, plus ou moins pédiculisés, qui simulent le plus une salpingite enkystée ; ils constituent en effet une tumeur plus ou moins saillante dans l'un des culs-de-sac, parfois reliée à l'utérus par un vrai pédicule, s'accompagnant de métrorrhagies, de leucorrhée. Par suite de modifications particulières dans leur structure, leur consistance même peut se rapprocher de celle d'une tumeur liquide, d'autant que celle-ci, lorsqu'elle est fortement tendue, sera également dure et ne présentera plus le signe de la fluctuation.

Dans les cas de ce genre, une exploration très attentive permettra souvent de reconnaître l'intimité des rapports de la tumeur avec l'utérus. Deux autres symptômes devront être soigneusement cherchés, car ils ont une grande valeur dia-

agnostique : nous voulons parler de la déformation de la cavité utérine, et de l'absence de sensibilité à la pression dans le cas de fibromes. Le cathétérisme utérin, que l'on pratiquera toujours dans les cas douteux, avec les précautions d'usage, montre un canal irrégulier et surtout agrandi. D'autre part, une pression même énergique sur la tumeur est souvent indolore et, de toute façon, ne provoque jamais cette vive douleur que l'on détermine dans la salpingite. Mais si le fibrome se complique d'accidents inflammatoires, il devient très douloureux, et l'erreur est parfois presque inévitable.

Un *kyste de l'ovaire* au début pourrait en imposer pour une collection tubaire. Cependant des troubles fonctionnels n'apparaissent que quand le kyste est trop volumineux pour être méconnu ; et ils n'offrent jamais qu'une ressemblance éloignée avec ceux de l'hématosalpinx. D'autre part, la sensibilité à la pression de la collection tubaire, sa continuité avec la portion interne de la trompe et la corne utérine correspondante, sont d'excellents signes distinctifs.

En revanche, une collection très volumineuse de la trompe pourrait très bien, et a pu en effet dans quelques cas simuler un kyste de l'ovaire. Cette même sensibilité à la pression devra mettre sur la voie du diagnostic de la salpingite.

Les *kystes du ligament large*, pas plus que ceux de l'ovaire, ne donnent lieu dès le début à des troubles fonctionnels. De plus, ils sont franchement latéraux, accolés à l'utérus et non séparés de lui par une portion rétrécie ; ils ont une forme globuleuse, refoulent le cul-de-sac vaginal beaucoup plus que l'hématosalpinx, leur consistance fluctuante est souvent plus manifeste.

L'*hématocèle rétro-utérine* reconnaît souvent pour cause un hématosalpinx ; il importe néanmoins de l'en distinguer, car d'une façon générale les désordres sont plus marqués dans le cas d'épanchement sanguin intra-péritonéal, et il faut s'attendre à trouver des difficultés souvent considérables au moment de l'intervention. Dans beaucoup de cas, l'hématocèle rétro-utérine a été précédée d'un ensemble de troubles rappelant exactement ceux de l'hématosalpinx : douleurs, modifications menstruelles, etc. Ou bien on a remarqué d'abord les si-

gnes probables d'une grossesse au début, ou encore la malade jouissait de toutes les apparences de la santé, et ceci s'observe souvent quand il y a grossesse extra-utérine. Mais brusquement apparaît le cortège symptomatique grave, qui annonce la rupture de l'hématosalpinx ou de la grossesse extra-utérine : douleurs abdominales, ballonnement, anémie aiguë, etc... Si on examine alors la malade, on trouve dans le petit bassin une tumeur fructuante occupant le cul-de-sac postérieur et empiétant plus ou moins sur les culs-de-sacs latéraux. Plus tard quand l'hématocèle est réellement constituée, que l'épanchement en s'enkystant forme vraiment tumeur, c'est par ces particularités du début et par les caractères propres de cette tumeur qu'on arrivera au diagnostic. Elle est nettement rétro-utérine, intimement accolée à la matrice dont elle semble faire partie et dont elle n'est pas séparée par un sillon ou une portion rétrécie ; fluctuante au début, elle devient dure par la suite ; elle est immobilisée. Les troubles de compression du rectum et des filets nerveux sont plus marqués.

Dans les cas types, la distinction se fera encore aisément. Mais il est des formes d'hématocèle à début moins brusque, qui présentent des poussées successives, et dont en un mot, la symptomatologie rappelle absolument celle de l'hématosalpinx. Il est, d'autre part, des kystes tubaires qui débent brusquement, occupent le cul-de-sac de Douglas, ont une consistance ferme, etc... Dans tous ces cas, le diagnostic sera parfois impossible entre les deux affections. A plus forte raison, en sera-t-il ainsi quand un hématosalpinx coïncidera avec l'hématocèle.

L'étude du diagnostic différentiel de l'hématosalpinx et de la *grossesse extra-utérine* serait peut-être plus à sa place dans le paragraphe suivant, puisqu'en somme la grossesse extra-utérine a le plus souvent pour siège la trompe. Mais en réalité elle est tellement différente, comme nature et comme évolution des collections tubaires proprement dites que nous préférons l'en séparer totalement. (Il s'agit, bien entendu, de la grossesse extra-utérine non avortée). Dans ce cas, on peut noter tous les signes du début de la grossesse : suppression des règles, modifications du côté des seins, ramollissement du col, nausées, etc... Il se développe

alors dans un des culs-de-sac latéraux une petite tumeur qui se développe régulièrement sans provoquer des troubles locaux très marqués. Cette tumeur est indolore, molle, avec des alternatives de contraction et de relâchement. Assez souvent même, on n'a pas à faire le diagnostic à cette période, parce que la grossesse passe tout à fait inaperçue, ou qu'on la regarde comme normale. C'est seulement plus tard, quand elle atteint un volume considérable, que ses allures insolites attirent l'attention. Il n'y a plus alors moyen de la confondre avec l'hématosalpinx. Ou encore, la rupture de la trompe est le premier phénomène observé dans ce cas, l'absence de troubles antérieurs fera écarter l'idée d'hématosalpinx simple pour faire penser à une grossesse extra-utérine.

Peut-on distinguer une *collection de l'ovaire* d'une collection de la trompe ? Oui, cela serait possible si les lésions étaient absolument limitées à l'ovaire : on sentirait alors, le plus souvent en arrière de l'utérus, une tumeur ovoïde, mobile, indépendante de la matrice, présentant à la pression une sensibilité spéciale ; à côté d'elle, il serait quelquefois facile de reconnaître la trompe avec ses caractères normaux. Mais nous savons que ces deux organes : trompe et ovaire, ont entre eux des connexions pathologiques intimes ; les lésions de l'un retentissent sur l'autre, et l'ovarite enkystée ne va guère sans une salpingite concomitante, et sans des adhérences qui englobent le tout dans une même masse. Dès lors, que la salpingite soit vraiment enkystée ou non, la tumeur ovarienne se confond avec la trompe dont elle ne semble plus être qu'une dépendance. D'ailleurs, au point de vue pratique ce diagnostic a peu d'importance, puisque le traitement est souvent le même.

Nous ne parlerons pas des cas où les lésions annexielles sont accompagnées de tumeurs abdominales : la sagacité du clinicien sera le plus souvent alors mise en défaut.

Mais d'une façon générale, par une étude attentive des troubles fonctionnels, par une analyse minutieuse des sensations perçues au cours de l'examen physique, on arrivera à distinguer une collection tubaire des autres variétés de tumeurs pelviennes.

Peut-on aller plus loin ? Est-il possible de reconnaître la nature du contenu de la trompe ?

2° *Pouvons-nous distinguer l'hématosalpinx de l'hydro et du pyosalpinx ?*

Oui, et cela a été fait dans un bon nombre de cas ; ce diagnostic se basera surtout sur une étude réfléchie des troubles fonctionnels. L'existence de douleurs continues, régulièrement exagérées à chaque période menstruelle, sans grand retentissement sur l'état général ; l'absence permanente de fièvre, feront d'autant plus songer à l'hématosalpinx que l'affection aura souvent débuté par l'apparition soudaine de douleurs vives, au moment des règles, après des troubles déjà anciens mais peu marqués, ou au contraire au milieu des apparences d'une santé parfaite. Le diagnostic sera singulièrement facilité si, en même temps que l'exacerbation douloureuse, on observe à chaque menstruation une augmentation de volume de la tumeur ; si l'on remarque un écoulement de sang altéré par l'orifice du col utérin et, coïncidant avec lui, une diminution de la collection ; plus encore, si en comprimant celle-ci, on provoque cet écoulement. La rupture de la trompe, s'accompagnant des signes d'une hématoécèle péri-utérine, sera en faveur de l'hématosalpinx (1).

Dans le *pyo-salpinx*, il est rare qu'il n'y ait pas à un moment donné des poussées fébriles ; les troubles généraux sont plus marqués, les exacerbations douloureuses n'ont pas la même régularité. Il succède à une inflammation très violente, à une infection puerpérale ou gonorrhéique intense. La tumeur est très adhérente, et souvent aussi très volumineuse ; par l'utérus, s'écoule parfois du pus. Sa rupture s'accompagne d'une péritonite souvent mortelle. Quand les fistules terminales existent, il n'y a plus de doute ; très souvent les lésions sont doubles.

L'*hydrosalpinx* est le résidu d'une inflammation très ancienne. Les symptômes fonctionnels sont moins accusés que

(1) Nous avons entendu notre maître M. DURET insister surtout sur ces deux signes : 1° *augmentation* du volume de la collection tubaire chez une femme présentant des signes de salpingite ; 2° *absence de fièvre*, malgré des troubles pelviens accusés.

dans l'hématosalpinx ; les lésions sont fréquemment aussi bilatérales. Le volume très considérable de la tumeur salpingienne et l'absence d'adhérences étendues sont plutôt en faveur de l'hydrosalpinx (Pozzi). La rupture est très rare ; elle détermine des accidents péritonéaux passagers.

On le voit, il n'y a, dans tous ces signes distinctifs, rien de bien pathognomonique. En réalité, ce n'est qu'avec beaucoup de sagacité, une expérience consommée, et après plusieurs erreurs qu'on arrivera à diagnostiquer l'hématosalpinx d'avec les autres collections tubaires. Il y a bien un moyen d'investigation, dont l'efficacité est certaine : c'est la *ponction exploratrice* par le vagin. On l'a considérée comme très dangereuse, on l'a accusée de nombreux méfaits : blessure de l'intestin, effusion de liquide septique (Pozzi). Sauf les cas où la tumeur est réellement trop éloignée du cul-de-sac vaginal, elle peut être selon nous, et elle a en effet été employée sans danger. Pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, avec un appareil réalisant une aspiration parfaite, elle ne détermine aucun accident. Elle fera non seulement le diagnostic entre une tumeur solide et une tumeur liquide, mais encore elle fera reconnaître la nature du contenu de la trompe. Cependant, si son efficacité est certaine, son utilité est souvent douteuse, et on ne peut la conseiller que pour certains cas exceptionnels.

Quant à l'*incision exploratrice*, il nous est impossible de la considérer autrement que comme le premier temps d'une intervention chirurgicale plus étendue.

3° *L'hématosalpinx reconnu, pouvons-nous en diagnostiquer l'origine ?*

Nous n'oserions résoudre cette question par l'affirmative. Si la malade, avant de présenter les symptômes de l'hématosalpinx, a éprouvé ceux d'une grossesse au début, puis ceux d'un avortement tubaire, on pourra évidemment attribuer la collection sanguine à la persistance dans la trompe de villosités placentaires. Mais ces signes précurseurs manquent le plus souvent ou passent inaperçus ; ce que révèle l'interrogatoire de la malade, c'est généralement un passé de métror-salpingite. Si les lésions sont bilatérales, il y a des chances pour qu'elles soient dues à

une hématosalpingite ; mais leur unilatéralité n'implique pas nécessairement l'idée d'une grossesse tubaire avortée.

D'ailleurs, cette finesse de diagnostic n'a aucun intérêt pratique, puisque le mode d'intervention ne varie pas beaucoup, comme nous le verrons, dans l'un et l'autre cas. Si on extirpe les annexes, il faudra même souvent, sinon toujours, l'examen histologique pour déterminer exactement la pathogénie de l'hématosalpinx.

TRAITEMENT

C'est une question brûlante que celle du traitement des affections des annexes, et qui, si l'on s'en rapporte aux nombreuses discussions dont elle a été et est encore l'objet dans les Congrès et Sociétés de chirurgie ou gynécologie, ne semble pas près d'être résolue. Nous n'avons pas la prétention de retracer ici toutes les phases de ce grand débat ; cela nous entraînerait hors des limites que nous nous sommes tracées. Il est cependant une constatation qu'il est utile de faire : à l'encontre du courant qui dès le début a entraîné tous les chirurgiens à la suite de Lawson Tait vers les méthodes de traitement dites radicales, et les a conduits certainement à quelques abus, n'a pas tardé à se produire un autre courant, moins important peut-être, mais qui a pourtant laissé des traces appréciables : « Les chirurgiens et les gynécologistes, effrayés d'une part par la fréquence des salpingites, frappés d'autre part de la superficialité des lésions que présentaient certaines trompes extirpées, se sont demandé si toutes les salpingites exigeaient vraiment l'extirpation, s'il n'y avait pas lieu d'essayer d'autres méthodes de traitement, (Delbet) ». Cette tendance réactionnelle se retrouve même, quoique assez atténuée, dans la brillante plaidoirie faite par M. Segond, au Congrès de gynécologie de Bruxelles, en faveur du procédé le plus radical, l'hystérectomie vaginale. « Il est bien entendu, dit-il, que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les interventions graves comme la laparatomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice, soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé toutes les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. »

Au même Congrès, on a vu se lever plusieurs gynécologues qui ont nettement manifesté leur préférence pour les opérations dites conservatrices.

Il n'y a donc pas une seule manière de traiter les inflammations annexielles, il y en a plusieurs. « Entre la laparotomie et l'hystérectomie d'une part et l'expectation de l'autre, il y a place pour de nombreuses et utiles opérations, essentiellement humaines et profitables aux malades qui ne mutilent pas, mais conservent ». (CHÉRON. *Congrès de Bruxelles*). Celui-là est dans le vrai, qui, au lieu de préconiser une de ces méthodes, à l'exclusion de toutes les autres, sait recourir à toutes et apprécier exactement les indications de chacune d'elles. Ces indications, M. Le Dentu, avec « son horreur instinctive de l'absolu », les a établies d'une façon très précise dans un mémoire (1) dont l'importance fut grandement appréciée, « car, dit Doléris à cette époque, il émane d'une source autorisée, et les conclusions qui en dérivent sont d'autant mieux déduites que l'auteur a eu entre les mains les pièces très nombreuses d'un procès déjà long. »

Les méthodes de traitement des salpingites peuvent être divisées en deux grandes catégories :

1^o les méthodes qui s'adressent à l'utérus, *méthodes indirectes*.

2^o les méthodes qui s'adressent à la trompe elle-mêmes, *méthodes directes*.

Nous ne pouvons les décrire toutes en détail, mais nous devons les étudier au point de vue qui nous concerne réellement, au point de vue des collections sanguines des trompes.

Et d'abord sont-elles toutes applicables à l'hématosalpinx ? En d'autres termes, le traitement de l'hématosalpinx est-il comparable à celui des salpingites en général.

A. — *Hématosalpinx simples*.

C'est ici le lieu de rappeler ce que nous avons dit de la patho-

(1) Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, 1892, p. 223 et *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, p. 112.

génie des hémorrhagies tubaires. Dans l'hématosalpinx d'origine inflammatoire, l'épanchement sanguin est dû à la rupture des vaisseaux de néoformation qui constituent comme la charpente des végétations de la muqueuse. Dans l'hématosalpinx d'origine placentaire, il est dû à l'atrophie et à la disparition progressives des villosités choriales qui coiffent les vaisseaux maternels dilatés ; les villosités en disparaissant désobstruent ceux-ci et les ouvrent largement.

Dans l'un et l'autre cas, un procédé quelconque d'évacuation de la trompe, soit par l'utérus, soit par un orifice artificiel, n'agira point sur ces lésions, *théoriquement* du moins ; le sang évacué, il restera dans la paroi tubaire des vaisseaux tout disposés à en fournir de nouvelles quantités. *A priori*, il semble donc que les méthodes indirectes et les méthodes directes mais *conservatrices*, telles que la ponction et l'incision vaginales doivent être impuissantes dans l'hématosalpinx.

D'autre part, on sait le danger qui menace les malades à tout instant : la rupture avec ses suites redoutables. Quoiqu'elle ne se produise pas dans tous les cas avec la même facilité, il faut la prévoir toujours : il semble donc encore, *à priori*, que l'on doive éviter les manœuvres capables de provoquer cette rupture, et délivrer au plus vite la patiente du danger toujours suspendu sur sa tête, en extirpant les organes malades.

De ces considérations purement *théoriques*, il résulterait que le seul traitement rationnel de l'hématosalpinx serait l'ablation pure et simple des collections tubaires. Et, en effet, c'est presque le seul qui ait été employé.

Et cependant, on a quelquefois tort, dans la pratique, de se conformer rigoureusement aux données théoriques. Pour notre part, malgré les réserves que nous venons de faire, nous ne sommes pas absolument certains que les différents procédés, mis en œuvre pour les salpingo-ovarites en général, ne puissent s'appliquer aux hématosalpinx. Le plus sûr, pour résoudre la question, est de s'adresser aux faits. C'est ce que nous allons faire en énumérant successivement les différentes méthodes et, à propos de chacune d'elles, les cas dans lesquels elles ont été appliquées, et les résultats qu'elles ont donnés. Ceci fait, nous

pourrons peut-être tirer quelques conclusions sur leurs indications respectives.

1^o MÉTHODE INDIRECTE. — Nous ne parlerons pas ici des procédés purement médicaux, tels que l'emploi des révulsifs, des émollients, des douches vaginales. Si en effet, nous les avons vus donner de bons résultats dans certaines formes de salpingite aiguë, nous ne pouvons penser qu'ils agissent de même dans l'hématosalpinx. Tout au plus seront-ils utiles pour calmer les douleurs ; le repos agira également dans ce sens, et surtout préviendra les ruptures de la trompe.

La *méthode indirecte* proprement dite est celle qui s'adresse à l'utérus. Préconisée en 1887 par Walton (1), puis par Pouillet (2), elle a été vivement défendue par Doléris (3). Son efficacité a été démontrée par M. Le Dentu (*loc. cit.*), par M. Guermonprez (de Lille) (4), dans différents cas de salpingite. Dans un article récent (5), M. Labadie-Lagrave signale les excellents résultats qu'elle lui a donnés.

Les procédés mis en œuvre, dans l'application de cette méthode sont surtout la dilatation, suivie du drainage prolongé de la cavité utérine, et le curettage de la muqueuse. Quel que soit le mode d'action de cette méthode, « l'évacuation des trompes consécutive à la dilatation utérine n'est pas un leurre » (Le Dentu). Des faits nombreux ont été cités, qui l'ont manifestement prouvé, en ce qui concerne le pyosalpinx et l'hydrosalpinx (6).

En est-il de même pour l'affection qui nous intéresse plus spé-

(1) *Académie de médecine de Bruxelles*, Déc. 1887.

(2) *Soc. de médecine de Lyon*, fév. 1888.

(3) *Soc. de Biologie*. 21 déc. 1888. *Journ. de méd. de Paris*, nos 7 et 8, 1889. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.* 1891-92.

(4) *Soc. des Sc. Médic. de Lille*, 2 mai 1894. LORIDANT, Th. Paris 1894.

(5) Diagnostic et traitement médical des salpingites. *Semaine Médicale*, 9 janvier 1895.

(6) V. à ce sujet la thèse de notre excellent ami le Dr Loridant : *Contribution à l'étude du traitement indirect des salpingites*. (Paris), 1894. Elle constitue une étude très soignée de la méthode indirecte, telle qu'elle est employée par un de nos maîtres, M. le professeur Guermonprez.

cialement, l'hématosalpinx ? Ce que nous avons dit, au chapitre de l'anatomie pathologique, de l'écoulement spontané du contenu de la trompe nous permet de répondre *qu'il peut* en être ainsi. Malheureusement, on cite peu de cas où la dilatation de l'utérus ait été employée, et les exemples d'évacuation artificielles d'un kyste hémattique par cette méthode sont rares. M. le professeur Le Dentu en a communiqué deux, un peu spéciaux il est vrai, au Congrès de Chirurgie de 1891, observés chez des femmes qui avaient subi antérieurement l'extirpation des annexes. « Il leur restait un tronçon de trompe qui s'était rempli de sérosité et de sang et était le siège de douleurs extrêmement vives. La dilatation prolongée amena l'écoulement, à un moment donné, d'une boue sanguine poisseuse et à partir de ce moment, les douleurs ont cessé. Ces deux malades que j'ai revues récemment, dont l'une a été traitée il y a plus de deux ans, l'autre il y a dix-huit mois, sont restées guéries. »

A côté de ces deux faits nous avons une observation de Jayle, rapportée dans la thèse de Cestan (1) : il s'agissait d'une malade dont les annexes gauches formaient une tumeur diagnostiquée grossesse tubaire ou salpingite kystique ; on pratiqua la dilatation de l'utérus à l'aide de tiges de laminaire ; il en résulta un écoulement abondant de sang noirâtre, et à sa suite la disparition de la tumeur (Observ. 62). Nous n'avons malheureusement pas de renseignements sur la persistance de la guérison.

Nous devons néanmoins retenir ce fait, qu'il est possible d'obtenir, par un traitement approprié de la muqueuse utérine, ce qui se produit parfois spontanément, l'évacuation de la collection tubaire. Il n'est peut-être pas irrationnel de penser que ce traitement puisse porter plus loin son action, et modifier heureusement les lésions de la salpingite hémorrhagique. En ce qui concerne l'hématosalpinx d'origine placentaire, pour peu que les villosités choriales persistantes soient rares, ce traitement serait capable aussi d'amener une évacuation définitive.

D'autre part, il ne faut pas oublier non plus que les manœuvres

(1) Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Paris 1894.

vres intra-utérines peuvent favoriser la rupture des trompes distendues. En 1872, Leteinturier avait déjà insisté sur ce danger que présentent ces interventions quand les annexes sont malades. (1)

Nous reviendrons sur ces considérations à propos des indications du traitement.

2^o MÉTHODES DIRECTES. — Nous ne ferons que signaler, sans nous y arrêter, le *cathétérisme des trompes* : il semble bien certain que ce cathétérisme a été effectué accidentellement ; mais, dans les cas qui ont été publiés (Bishoff, Duncan, (2) Gonner (3), il s'agissait de trompes hypertrophiées autour d'un kyste ovarien, ou à côté d'un utérus en subinvolution. Dans les salpingites, quand l'ostium-utérinum reste perméable, il laisse à peine passer une soie de sanglier ; d'autre part, le segment interne de la trompe est peu ou pas dilaté. En supposant donc qu'un cathéter puisse franchir *l'ostium*, il aurait beaucoup de chances de déchirer les parois tubaires dans la première partie de son trajet. Le traitement d'une salpingite par cette méthode ne peut être par conséquent qu'illusoire.

Restent deux procédés *conservateurs* : la *ponction* et l'*incision*, soit par le vagin, soit à travers la paroi abdominale.

« Est-il donc encore permis de recourir à ces deux méthodes surannées, indignes, à en croire certains opérateurs, de la chirurgie de notre époque ? Sans scrupule, sans fausse honte, je répondrai par l'affirmative. Dans certaines circonstances déterminées, la ponction et l'incision doivent être les méthodes de choix. Je dirai même plus : l'une et l'autre peuvent être des méthodes curatives (Le Dentu) ». Ces lignes s'appliquent surtout au traitement des abcès tubaires ; nous y souscrivons absolument. Pouvons-nous en dire autant pour les hématosalpinx ?

La *ponction*, d'abord. Nous avons peu de faits, mais l'un

(1) *Du danger des opérations sur le col de l'utérus*. (Th. Paris 1872).

(2) On open Fallopian Tube. *Brit. med. Journ.* march. 12, 1881.

(3) *Arch. für. Gyn.* 1887.

d'eux est éminemment suggestif. Il a été observé par Terrillon : une malade portait dans le côté droit de l'abdomen une vaste hématosalpingite du volume des deux poings ; le chirurgien fit, dans cette trompe dilatée, à travers la paroi abdominale, jusqu'à douze ponctions successives à des intervalles de temps variables. Chaque fois il extrayait de 200 à 300 grammes de sang noir, sirupeux. Aussitôt après l'évacuation, la poche devenait inaccessible et la malade était soulagée. Mais, à l'époque menstruelle suivante, la cavité se remplissait et devenait de nouveau accessible. Près de quatre ans après la première ponction, la laparotomie fut pratiquée, et la trompe droite, remplie de sang et de caillots fut enlevée. La malade guérit alors.

Remarquons que, dans ce cas les ponctions n'étaient pas suivies de lavages de la poche.

Dans un cas dont l'observation nous est personnelle (obs. 2) notre maître M. Duret ponctionna *par le vagin* une collection sanguine qui faisait fortement saillie dans un des culs-de-sac latéraux, et en retira 50 grammes environ de sang vieux. L'évacuation fut suivie de plusieurs injections de sublimé à 1 p. 1000 dans la poche. Quinze jours après, la tumeur était reformée.

En revanche, nous avons une observation de Bétrix (obs. 60) dans laquelle un pyo-hémosalpinx, traité par la ponction vaginale et le lavage de la poche à l'aide d'une solution phéniquée- (3 p. 0/0) a été complètement guéri. La malade, qui eut peu de temps après, un hydrosalpinx de l'autre côté, traité et guéri de la même manière, put devenir enceinte,

La ponction, dont Vulliet (de Genève) (1), Le Dentu (2), Duret (3), Mundé, Landau, etc., ont pu constater l'efficacité dans certaines suppurations pelviennes, donne donc des résultats au moins inconstants dans les hématosalpinx (4).

(1) *Congrès de Gyn. de Bruxelles, 1892.*

(2) LE DENTU, *loc. cit.*

(3) Enorme salpingite suppurée guérie par une seule ponction vaginale (DELEGRANGE, *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 12 mai 1893).

(4) Dans quelques cas où, à la suite de la laparotomie, l'extirpation de la poche a été impossible, on l'a vu néanmoins revenir sur elle-même et s'oblitérer complètement (Terrillon).

Nous ne mettons évidemment pas au passif de la ponction le cas de Besnier, dans lequel cette intervention eut pour effet la suppuration de la poche et la mort de la malade (obs. 17).

Quant à l'*incision*, « ce vieux procédé » que Laroyenne Guilloud, Bouilly, Le Dentu... [ont réhabilité, elle a été employé avec succès par Guilloud dans un cas d'hématosalpinx simple. Les débridements vaginaux, tels que les pratique Laroyenne, permettent évidemment d'évacuer les collections sanguines ; dans les cas d'hématosalpingite, ils pourraient même amener la guérison définitive ; mais il faudrait craindre, à notre avis, surtout en face d'une collection d'origine placentaire, qu'ils ne réveillassent l'hémorrhagie. C'est ce qui est arrivé pour certaines hématocèles.

Nous avons maintenant à considérer, en tant qu'applicables à l'hématosalpinx, les méthodes de traitement radicales, la *laparotomie* et l'*hystérectomie vaginale*. Ces deux méthodes se disputent la faveur des chirurgiens. Le débat auquel elles ont donné lieu dès 1891, à la Société de chirurgie, et qui a occupé une si grande place dans les travaux du Congrès de gynécologie de Bruxelles de 1892, ce débat n'est pas clos encore. Il n'entre pas dans notre sujet d'y prendre part, et nous ne dirons que quelques mots de cette discussion, nous contentant d'énumérer les avantages que chacun des deux partis a fait valoir en faveur de la méthode qu'il préfère. « Suppression de la cicatrice, gravité moindre, efficacité plus grande, » tels sont les trois arguments fondamentaux sur lesquels Segond a basé sa brillante plaidoirie en faveur de l'opération de Péan, de l'hystérectomie vaginale (1). A ces arguments, on a répondu : la laparotomie est aussi efficace, elle n'est pas plus grave, les inconvénients de la cicatrice sont minimes et on les atténue de plus en plus par le perfectionnement des sutures abdominales. On a ajouté : l'hystérectomiste agit en aveugle, s'expose à blesser des organes importants (rectum, uretère), réalise difficilement l'hémostase, fait une opération incomplète et laisse dans le petit bassin des

(1) *Société de chirurgie*, nov. 1891. *Congrès de gyn. de Bruxelles*, 1892.

débris malades qui pourront réveiller la maladie, etc.; le laparotomiste, au contraire, a les lésions sous les yeux; il est à même de voir, en toute sûreté, si les lésions sont unilatérales ou bilatérales; seul donc, il peut laisser à la malade une trompe et un ovaire sains qui lui laisseront l'espoir de la maternité.

Sans vouloir apprécier la valeur de ces différents arguments, nous ferons remarquer que, dans l'hématosalpinx, les lésions sont unilatérales très souvent, et que par conséquent, le dernier argument des partisans de la laparotomie, sur lequel notre maître, M. Duret, a insisté au Congrès de Bruxelles, prend ici une valeur très considérable.

Ajoutons, d'autre part, que chacune des deux méthodes, en ce qui concerne l'hématosalpinx, compte des succès et des insuccès. Parmi les 200 cas d'hystérectomie vaginale sur lesquels est basée l'importante thèse de Baudron, et au nombre des cas dans lesquels cette opération a produit des résultats « merveilleux » (1), nous trouvons 5 observations d'hématosalpinx (2). Sauf dans quelques cas spéciaux, qui ne sont plus comparables aux précédents la laparotomie a donné des succès non moins remarquables. C'est à elle que nous donnons la préférence, et en cela, nous ne faisons que nous conformer à l'opinion de MM. Le Dentu, Duret, Pozzi, etc...

Maintenant que les différentes méthodes de traitement des salpingites, applicables aux collections sanguines, nous sont connues, nous allons essayer d'établir leurs indications dans la thérapeutique des hématosalpinx simples, c'est-à-dire non compliqués de rupture ou d'hématocèle.

INDICATIONS. — Disons-nous, avec Forgue et Reclus (3) que les salpingites sanguines doivent être rangées parmi « les espèces

(1) BAUDRON. *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes*. Th. Paris, 1894.

(2) Dans la thèse de CESTAN, déjà citée, nous notons qu'une hystérectomie vaginale pour hématosalpinx a été suivie de l'établissement d'une fistule stercorale qui a amené la mort.

(3) *Thérapeutique chirurgicale*. T. II, p. 946.

qui n'ont rien à attendre de bon et de complet du curettage et qui relèvent à l'extirpation ? » Non, pas absolument du moins.

En présence d'une collection *peu volumineuse*, s'évacuant spontanément à des intervalles périodiques, il ne nous répugnerait pas trop d'essayer la méthode indirecte : dilatation et drainage de la cavité utérine, curettage au besoin. Mais il faudrait pour cela que l'hématosalpinx ne marquât aucune tendance aux poussées hémorragiques, que les ascerbations menstruelles, indices de cette tendance, fussent très peu prononcées. Et, en tous cas, nous agirions avec une prudence extrême, n'oubliant pas qu'une manœuvre intempestive peut provoquer la rupture de la trompe.

Dans un cas où la collection ferait manifestement saillie dans un des culs-de-sac du vagin, nous essaierions la ponction vaginale aspiratrice faite avec toutes les précautions antiseptiques, mais sans nous y attarder.

Dans tous les autres cas, il faut se souvenir que l'hématosalpinx non seulement est cause de troubles fonctionnels pénibles, mais encore met la femme qui en est atteinte en danger permanent de mort, ou tout au moins l'expose à de graves complications. Et, sans comparer la collection sanguine de la trompe, comme on l'a fait pour la grossesse extra-utérine, à un néoplasme malin qu'il faut extirper sitôt que possible, on peut dire que le plus sage est l'ablation précoce des annexes malades, surtout si des exacerbations menstruelles exagérées indiquent une tendance aux hémorragies récidivantes. La laparotomie sera alors l'opération de choix, nous n'avons plus besoin de dire pourquoi. Elle sera d'ailleurs, souvent assez facile, car dans l'hématosalpinx non compliqué, les adhérences sont en général peu marquées et la décortication aisée.

B. — *Hématosalpinx avec rupture.*

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les cas d'hématosalpinx simple, c'est-à-dire ceux dans lesquels toutes les lésions se résument dans une collection enkystée de la trompe. Mais ces cas peuvent devenir plus complexes ; nous avons vu par exemple que la trompe pouvait se rompre : que faire alors ? Quelle con-

duite doit-ontenir en présence de la rupture d'un hématosalpinx ?

Il nous semble qu'on peut comparer ici l'hématosalpinx avec la grossesse extra-utérine. Or, quoiqu'en dise Pozzi, la question est encore discutée et les avis partagés, en ce qui concerne l'intervention dans les cas de grossesse extra-utérine rompue.

Les uns, partisans de l'expectation, disent : Si le cas est grave, si la malade présente des signes d'anémie aiguë, l'opération va ajouter à tout cela un choc traumatique presque sûrement fatal. D'autre part, si l'on attend, l'hémorrhagie peut s'arrêter spontanément, et s'enkyster : l'hématocèle ainsi formée se résorbera ou tout au moins sera susceptible d'être traitée dans des conditions plus favorables. (V. CONDAMIN, *Lyon méd.*, 4 nov. 94).

Les autres, défenseurs résolus de l'intervention, disent avec Pozzi : « Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération, cent fois moins grave que l'attente. Si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une seconde ou d'une troisième attaque hémorrhagique, ou des complications de l'hématocèle ainsi constituée. Rares sont les faits où la guérison spontanée est venue justifier l'excès de prudence du médecin. » (1).

Avant de prendre parti entre ces deux opinions si différentes, il est bon de faire quelques remarques. Dans l'hématosalpinx bien constitué, déjà ancien, il est assez ordinaire que l'hémorrhagie soit moins abondante que dans la grossesse extra-utérine, car la vascularisation est moins grande. De plus, l'existence presque constante d'adhérences péritonéales, qu'explique l'ancienneté des lésions, peut favoriser l'enkystement du sang et arrêter l'hémorrhagie.

Aussi nous dirions volontiers, avec M. le Professeur Le Dentu (2) : « En présence de toute hématocèle à début rapide, s'annonçant par des symptômes très bruyants, ne vous effrayez pas outre mesure et attendez. Si, trois ou quatre heures après,

(1) POZZI. *Traité de Gynécologie* 2^e édit. p. 876.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 7 mars 1891.

les accidents s'aggravent, opérez hardiment ; sinon, différez toute intervention, et attendez, pour intervenir, que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main. » C'est au clinicien d'apprécier aussi exactement qu'il le pourra les indications et les contre-indications de l'intervention. Il devra tenir compte des particularités que nous avons signalées un peu plus haut ; mais il devra aussi ne pas oublier que le contenu de l'hématosalpinx est parfois infecté et qu'il y aurait, dans certains cas, danger à le laisser séjourner dans la cavité péritonéale.

Quoi qu'il en soit, dès que l'intervention est décidée, c'est à la laparotomie qu'il faut s'adresser : elle seule permet de trouver sûrement la source du sang et de la supprimer(1). On fera un nettoyage très soigné de tout le petit bassin, et, au besoin, on ferait le tamponnement à la gaze iodoformée. Il ne faut pas négliger non plus les moyens qui ont été préconisés pour relever les malades dans ces cas, et en particulier les injections sous-cutanées et même intraveineuses de sérum artificiel : elles ont donné d'excellents résultats.

Si on n'intervient pas, « on appliquera de la glace sur le bas-ventre pour combattre à la fois l'hémorrhagie et la péritonite. La malade sera tenue au repos absolu ; on videra régulièrement la vessie par le cathétérisme, et l'intestin, au moyen de lavements. On veillera avec un soin tout particulier à l'antisepsie du vagin pour éviter l'infection du foyer par le canal génital (Pozzi) ».

C. — *Hématosalpinx avec hématocèle rétro-utérine.*

Les symptômes inquiétants qui ont suivi immédiatement la rupture de l'hématosalpinx se sont amendés, l'hémorrhagie s'est enkystée, une hématocèle rétro-utérine s'est constituée : faut-il intervenir ?

Après Récamier, on incisait ou ponctionnait toutes les hématocèles ; mais quelques accidents graves survenus à cause de ces interventions, de nombreuses observations de guérisons spontanées amenèrent une réaction complète, et l'expectation fut érigée

(1) Dans un cas (obs. 69), l'hystérectomie vaginale fut pratiquée, mais l'hémorrhagie ne put être arrêtée et la malade mourut.

en système. Poncet résume bien les tendances de ses contemporains quand il dit : « La guérison est la règle, surtout si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical. » (Th. d'agrég. 1878).

De fait, dans les hématocèles petites, non récidivantes, ne donnant pas lieu à d'autres troubles fonctionnels qu'un peu de douleur, l'abstention nous paraît préférable. Le repos, l'antisepsie vaginale constitueront la base du traitement ; les révulsifs, les résolutifs feront le reste.

Mais il est des hématocèles volumineuses, qui, par leur volume, compriment les organes pelviens et amènent parfois des désordres graves : on a cité en effet de véritables obstructions intestinales, dues à la compression du rectum ; la compression de la vessie et surtout des uretères a déterminé des lésions rénales mortelles (Gaube, Schwartz) et même des attaques d'urémie convulsive (Leroux et Dumontpallier) ; celle du plexus sacré est cause de névralgies pénibles et rebelles des membres inférieurs. L'infection de la masse sanguine est toujours possible, surtout qu'elle se trouve en rapport souvent intime avec la trompe dont le contenu n'est pas toujours dépourvu de virulence. Enfin la persistance des lésions tubaires est parfois la cause d'hémorragies successives qui finissent par être dangereuses.

Dans ces cas, il faut intervenir chirurgicalement ; quelle voie choisira-t-on ?

Si le foyer hémorrhagique n'est pas éteint, si la tumeur ne fait pas saillie dans le vagin, la *laparotomie* semble préférable. Elle permet de s'adresser directement à la cause, de mieux nettoyer le foyer, de détruire les adhérences qui gênent le fonctionnement de la vessie, du rectum, enfin de reconnaître l'état des annexes des deux côtés. Cependant, il faut reconnaître que l'extirpation de la poche, si elle n'est pas toujours impossible, est par contre toujours très pénible, et nécessite des manœuvres prolongées qui aggravent singulièrement le pronostic de l'opération : nous en avons eu la démonstration dans deux cas dont les observations nous sont personnelles. D'autre part, dans bon nombre de circonstances, l'ablation complète est impossible : il faut se contenter alors de vider la poche, de la tamponner et de la drainer, et, quand c'est possible, de la fixer à la paroi abdominale par une véritable marsupialisation. Cette manœuvre est

elle-même rarement praticable, « vu l'absence d'une poche caractérisée et résistante : ses parois n'ont le plus souvent aucune individualité et sont uniquement formées par l'agglomération des parties voisines. » Aussi les dangers de péritonite septique sont-ils extrêmement graves.

Pour toutes ces raisons, sauf dans quelques cas exceptionnels, on aura recours à l'*incision vaginale*. Cette opération donne surtout d'heureux résultats lorsque l'hématocèle est enkystée de puis longtemps, lorsqu'elle fait une saillie notable dans le vagin. Même si cette saillie est peu marquée, c'est la voie vaginale que l'on choisira si le toucher rectal montre que la tumeur est en rapport intime avec le cul-de-sac de Douglas et le rectum. « On attire le col de l'utérus en avant, on place dans le rectum l'index de la main gauche, on se donne le plus de jour possible avec des écarteurs, et on fait une incision suivant le grand axe de la tumeur, en ayant soin de ne pas se porter trop loin, latéralement, par crainte des urètres. Le doigt qui est dans le rectum sert de guide pour éviter de blesser l'intestin. Dès qu'on est arrivé dans le foyer, on élargit, au besoin, l'incision avec de forts ciseaux, et l'on provoque l'issue des matières sirupeuses et des caillots, par des injections antiseptiques très faibles. » (1) Second, qui préconise l'incision vaginale (2), recommande l'emploi d'une grande curette mousse. La tumeur vidée, on la tamponnera à la gaze iodoformée. Dans les jours qui suivront, des lavages antiseptiques fréquents seront pratiqués. Si la poche est très grande, ces lavages seront suivis d'une injection neutre à l'eau bouillie : « sans cette précaution, on s'exposerait à des intoxications. »

Dans ces conditions, la guérison survient en deux ou trois semaines.

Nous ne parlons pas de la *ponction* simple ; elle est évidemment insuffisante.

Ainsi donc, dans les hématocèles peu volumineuses, sans

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, p. 848.

(2) *Traité de Chirurgie*, p. 612. T. VIII.

troubles fonctionnels graves, attendre ; s'il y a des poussées hémorragiques secondaires, si la tumeur n'est pas très ancienne et si elle ne fait pas saillie par le vagin, pratiquer la laparotomie ; mais toutes les fois que cela est possible, donner la préférence à l'incision vaginale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (Personnelle). — *Hematosalpinx chez une femme morte au cours de la période menstruelle.*

X... 36 ans, célibataire, est morte d'une infection diphtérique grave dans le service de M. le professeur Desplats, où elle était hospitalisée depuis 48 mois pour une sclérose en plaques. Les organes génitaux internes présentent une série de lésions intéressantes.

L'ovaire droit est transformé en un kyste dermoïde du volume d'une grosse orange, qui renferme une masse butyreuse dans laquelle s'enchevêtrent des poils en abondance. Sur la paroi interne de la cavité kystique, près du pédicule, s'implante une petite masse osseuse informe.

À gauche, la trompe est le siège d'une *collection sanguine*. C'est sur cette particularité que je veux insister. Il y a là en effet une preuve manifeste du rôle important de l'inflammation tubaire dans la pathogénie de l'hématosalpinx, et une démonstration éclatante de son mode d'action.

La *trompe gauche* présente des lésions de salpingite ancienne : elle est très allongée, sinueuse, hypertrophiée. Le pavillon est fixé par des adhérences filamenteuses aux appendices épiploïques de l'S iliaque ; ses franges sont atrophiées, presque invisibles ; son orifice est imperméable. La trompe est distendue dans sa partie externe et surtout dans le région du pavillon ; elle atteint presque à ce niveau le volume de deux doigts, et va diminuant graduellement de volume jusque vers l'utérus. Son contenu ne peut refluer par l'orifice utérin, qui est, lui aussi, oblitéré. Ce contenu est formé uniquement par du sang liquide, de couleur lie de vin. Les villosités de la muqueuse tubaire sont hypertrophiées. L'ovaire gauche est sain, et présente un ovisac récemment rompu.

La trompe droite est normale. Par la pression, on fait sourdre par son orifice utérin un sang noirâtre. L'*utérus* est celui d'une nullipare ; la muqueuse présente les modifications qui caractérisent la *menstruation*. La cavité renferme du sang mêlé à du mucus.

RÉFLEXIONS. L'origine placentaire de l'hématosalpinx ne peut ici être invoquée. La trompe ne présente aucun des caractères anatomiques que l'on rencontre dans l'hématosalpinx d'origine ovo-hémorragique. Nous nous trouvons en présence des lésions ordinaires de la salpingite, et c'est dans cette salpingite que nous devons chercher l'origine de la collection sanguine.

L'hémorragie menstruelle normale a été ici considérablement exagérée par suite de l'inflammation de la muqueuse tubaire, et peut-être aussi sous l'influence secondaire de l'infection diphtérique. Le sang n'a pas trouvé son issue normale par l'orifice utérin, préalablement oblitéré également à la suite de l'inflammation de la trompe ; il a dû nécessairement s'enkyster. La formation de l'hématosalpinx est donc ici prise sur le vif.

Obs. 2 (Personnelle). — *Hématosalpingite. Laparotomie. Guérison.*

Marie D... journalière, 31 ans, entre dans le service de M. le Prof. Duret, le 12 janvier 1892. Elle a eu deux enfants ; ses premières couches furent bonnes ; mais, après son second accouchement, il y a cinq ans, elle présenta des accidents de pelvi-péritonite qui nécessitèrent un séjour de sept semaines à l'hôpital. Depuis cette époque, les menstruations furent toujours irrégulières : les règles étaient souvent abondantes ; des douleurs persistantes se montraient dans le côté du bas-ventre et augmentaient d'intensité au moment des règles. A quatre ou cinq reprises, elle eut du ballonnement du ventre, accompagné de vomissements et de douleurs plus vives.

Il y a quatre semaines, la malade aurait fait une perte de deux mois. Elle ne prit aucun soin à la suite de cet avortement : aussi les accidents qu'elle avait présentés du côté du petit bassin s'aggravèrent immédiatement : le ventre se ballonna, les vomissements reparurent, les douleurs devinrent beaucoup plus intenses. Au bout de quelques jours, ces phénomènes aigus cessèrent ; mais la malade continuait à souffrir du côté gauche ; elle avait des métrorrhagies, alternant avec de la leucorrhée. Elle se décida enfin à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate que le ventre est très sensible au niveau du petit bassin, principalement du côté gauche, où l'on sent une tuméfaction profonde, rénitente. Par le toucher vaginal, il est très facile de constater que le cul-de-sac latéral gauche est effacé et rempli par une masse assez volumineuse ; la fluctuation est nettement obtenue par le palper bi-manuel. La pression, indolore au niveau des autres culs-de-

sac, réveille, au contraire, une vive douleur dans le cul-de-sac gauche.

Au speculum, le col est à peu près normal ; son orifice donne issue à du mucus teinté de sang.

La malade ne présente pas d'élévation de température.

On porte le diagnostic de collection tubaire : l'absence de fièvre fait croire qu'elle n'est pas purulente, et qu'il s'agit peut-être d'un hémato-salpinx.

La collection étant facilement accessible par le vagin, M. Duret se décide à l'ouvrir par cette voie. Après lavage antiseptique du conduit vaginal, une ponction à l'aide d'un trocart Potain est pratiquée le 14 janvier, dans le cul-de-sac gauche. Cette ponction donne issue à un liquide d'un rouge noirâtre, à consistance sirupeuse, qu'il est facile de reconnaître pour du sang épanché depuis quelque temps. On avait donc bien affaire à un hématosalpinx. On recueillit à peu près trois cuillerées de sang. L'évacuation fut suivie de plusieurs injections de sublimé à 1 p. 1000 dans la poche. Le vagin fut ensuite bourré de gaze iodoformée.

Les jours suivants, pas de réaction fébrile. Le pansement renouvelé tous les deux jours, revient teinté de sang ; les douleurs persistent dans la fosse iliaque gauche ; elles se montrent également à droite. Le 1^{er} février, un nouvel examen nous donne les résultats suivants : la palpation abdominale révèle l'existence d'une tumeur en forme de boudin allongé transversalement à gauche de la partie supérieure de l'utérus. Le toucher vaginal montre cette masse occupant le cul-de-sac gauche et se prolongeant un peu en arrière de la matrice.

La ponction vaginale avait manifestement été insuffisante ; la persistance des accidents justifiait une opération plus radicale, la laparotomie. Elle fut pratiquée le 10 février, par M. le Prof. Duret.

L'abdomen est ouvert par une incision étendue du pubis à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. La main du chirurgien, introduite dans la cavité péritonéale, rompt quelques adhérences et rencontre, dans le petit bassin, une masse rénitente, située à gauche et en arrière de l'utérus. Ses rapports avec la matrice montrent bien qu'elle est formée par la trompe distendue en boudin et contournée plusieurs fois ; en même temps que ces sinuosités, la trompe a décrit un mouvement total de rotation tel que son extrémité péritonéale, entraînant avec elle l'ovaire, est venue se mettre en rapport avec le cul-de-sac de Douglas. C'est cette extrémité que l'on sentait dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

La trompe ainsi modifiée dans sa forme et son volume présente de

nombreuses adhérences qu'il est assez facile de déchirer avec le doigt. Elle est alors attirée au dehors : son pédicule, formé par la partie la plus interne restée saine, est saisi, solidement lié et sectionné près de l'utérus. A droite, la trompe est augmentée de volume ; l'orifice péritonéal est oblitéré, les franges du pavillon atrophiées. On extirpe aussi les annexes de ce côté.

Lavage du péritoine à l'eau distillée bouillie. Suture de la paroi au crin de Florence.

Suites opératoires. — Le soir même, la température était de 37°7. Nuit très agitée : la malade tenta même de se lever.

Le 11 au matin, T. 38°. P. 104. — Le soir, T. 38°2. P. 104.

Le 12 au soir, la température qui était de 37°8 le matin, monte à 38°8, en même temps la malade se plaint vivement de son ventre. Ces douleurs augmentent pendant la nuit.

Le 13 au matin, T. 40°2. P. 112. Le pansement est enlevé : on trouve le ventre ballonné, tendu, très douloureux à la pression. On enlève cinq ou six points de suture. La plaie abdominale ainsi ouverte donne issue à quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Deux drains sont introduits avec précautions dans la plaie. Application de glaces sur le ventre.

Le soir, la température tombe à 38°5 ; le pouls reste fréquent (118). Le ventre est toujours douloureux et tendu. Le pansement est peu souillé.

Le 14, légère accalmie : le ventre est douloureux encore, mais moins tendu. Un seul vomissement la nuit. Le pansement est renouvelé : une pression légère exercée sur le ventre de chaque côté de la plaie donne issue à une cuillerée environ de sérosité sanguinolente. Langué saburrale, humide. Fièvre presque nulle. T. 37°7. P. 116. — Le soir, T. 39°.

Le 15, la fièvre persiste (39°2), le pouls est à 100. Le ventre est toujours tendu, mais les douleurs sont moins généralisées : elles se localisent de préférence à droite de la plaie. Le pansement n'est guère souillé. Application de glace. Température vespérale : 39°7. Pouls : 120.

Le 16 au matin, T. 38°7. P. 104. Les symptômes abdominaux ne sont pas modifiés. Les drains, par lesquels ne s'écoule aucun liquide, sont enlevés. La malade est incommodée par une angine avec coryza intense ; du pharynx et du nez se détachent des mucosités épaisses et *sanglantes*. Collutoire au borax de soude. L'angine et le coryza persistent avec ce caractère pendant plusieurs jours.

18 février. — En présence de la persistance de la fièvre (39°) et des phénomènes douloureux qui se montrent au voisinage de la plaie abdo-

minale, il est naturel de penser à l'existence d'une collection. Une zone de matité, une tension plus accentuée, une douleur plus vive font croire que cette collection siège à droite de la plaie. Une sonde cannelée, conduite dans cette direction, ouvre une poche de laquelle s'échappe un liquide séro-sanguin, couleur de vin rouge vieux ; la quantité peut en être évaluée à 250 grammes environ. La sonde cannelée introduite plus profondément ouvre une seconde poche qui renferme une quantité égale d'un liquide trouble, dont l'aspect et la coloration font conclure immédiatement à une collection sanguine en voie de suppuration. Un drain est introduit au fond de cette poche ; la plaie est saupoudrée d'iodoforme.

Le 18 au soir, la température tombe à 38°8. La fièvre est nulle les jours suivants. La guérison se poursuit sans autre incident qu'une poussée fébrile passagère due à la formation d'une nouvelle collection, peu abondante cette fois.

Pièces pathologiques. — Les lésions de la trompe gauche siègent sur ses deux tiers externes. A ce niveau, l'oviducte est distendu au point d'acquiescer le volume de trois doigts réunis. Il forme un cylindre bosselé, très sinueux, terminé du côté de l'ovaire par un cul-de-sac arrondi. Du pavillon, il ne reste aucune trace : son orifice est complètement oblitéré. L'orifice de section est, au contraire, perméable : on peut, par la pression, faire sourdre de ce côté un sang noirâtre, sirupeux. Sur toute sa surface, la trompe présente des travées fibreuses, restes des adhérences anciennes. L'ovaire lui est relié par un pédicule court ; il est gros, et présente lui aussi des traces d'ancienne inflammation.

A l'incision de la trompe, liquide noirâtre, presque sirupeux, pas de caillots. Les parois semblent arrivées à leur maximum de distension ; elles sont, en effet, très amincies. En certains points, le contenu apparaît par transparence ; en d'autres, il y a de l'épaississement. On trouve deux ou trois hématomes interstitiels, saillants dans la paroi. La cavité est subdivisée en trois loges à peu près égales par deux cloisons incomplètes. La face interne est presque lisse ; les végétations sont rares. En somme, le processus inflammatoire a subi un arrêt notable de par la distension.

A la coupe, l'ovaire présente deux kystes du volume d'un pois.

La trompe droite est congestionnée et renferme une petite quantité d'un liquide limpide. Son orifice péritonéal est oblitéré.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de cette observation au cours de notre travail. Pour nous, il n'est pas douteux que nous nous soyons trouvé en présence d'une hémato-salpingite essentielle.

Trompe allongée, distendue en boudin, contenu totalement liquide, sans caillots : il n'y a là aucun des caractères de la grossesse tubaire avortée. Signalons encore les accidents hémorrhagiques qui se sont présentés après l'opération.

OBS. III (Personnelle). — *Hémato-salpingite et hémato-cèle rétro-utérine.*

Notre second cas est celui d'une femme âgée de 42 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le Professeur Duret le 10 mars 1892.

Philom. Fr., n'a pas d'antécédents morbides ; elle a eu huit enfants, le premier il y a 18 ans ; le dernier il y a 6 ans. Les couches ont toujours été bonnes. Il y a dix ou douze ans cependant, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre. Ces douleurs ont persisté, mais elles n'ont jamais été assez intenses pour l'empêcher de travailler. Les règles ont toujours été normales, peut-être un peu prolongées.

Il y a trois mois, brusquement, sans cause appréciable, les douleurs ont pris un caractère d'acuité toute spéciale, et ont forcé la malade à cesser immédiatement son travail et à se coucher. Elle a gardé le lit pendant quatre semaines et n'a pu reprendre ensuite ses occupations, à cause de la persistance des douleurs. En aucun moment, elle n'a eu de vomissements, ni de ballonnement du ventre.

Les douleurs éprouvées par la malade sont continues, avec des exaspérations ; elles consistent en de fortes coliques, prononcées surtout dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant vers le périnée et la cuisse gauche.

Les règles sont souvent prolongées ; dans leur intervalle, pas de leucorrhée. La miction est normale, mais la défécation est pénible.

Examen direct. — Le palper abdominal réveille de la douleur dans la région ovarienne gauche. Au toucher, le col paraît gros, un peu descendu, situé derrière le pubis. Derrière lui, dans le cul-de-sac postérieur, se trouve une tumeur arrondie, du volume d'une grosse pomme, paraissant se continuer avec l'utérus ou lui être accolé. Elle ressemble assez au fond de la matrice un peu augmentée de volume ; elle est peu mobile ; entre elle et l'utérus, se trouve une rainure assez profonde. Elle est douloureuse à la pression, sa consistance est ferme. Par le palper bimanuel, on la saisit facilement entre les deux mains. Les annexes du côté droit, saisies entre les doigts, ne présentent ni sensibilité, ni augmentation de volume.

Par le toucher rectal, le doigt arrive aussi sur cette tumeur : il ressent

toujours la sensation que donnerait le fond de l'utérus hypertrophié ; on n'arrive guère à la mobiliser.

Le speculum montre un col gros, ulcéré autour de l'orifice. L'hystéromètre pénètre facilement à 8 centim. ; en en faisant basculer le manche de haut en bas, on relève le fond de l'utérus qui devient accessible derrière la paroi abdominale. Le toucher rectal pratiqué alors révèle toujours la présence de la même tumeur dans le cul-de-sac postérieur ; dans cette position de l'utérus, la tumeur est mobile et paraît presque indépendante de la matrice, ou tout au moins ne lui est rattachée que par un pédicule étroit. Il ne s'agit donc pas du fond de l'utérus rétrofléchi. M. Duret porte le diagnostic d'ovario-salpingite enkystée.

La laparotomie est pratiquée le 14 mars.

Toutes les précautions antiseptiques sont prises. La paroi abdominale est incisée suivant une ligne étendue du pubis, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. La main du chirurgien, plongée dans le cul-de-sac de Douglas, y rencontre une tumeur friable, adhérente sur tout son pourtour, qui, amenée entre les lèvres de la plaie abdominale, est prise d'abord pour la trompe gauche distendue par une collection sanguine. Le décollement des adhérences est très laborieux ; le ligament large est saisi à sa base entre les mors d'une pince, puis lié et incisé. Les parois du cul-de-sac de Douglas restent anfractueuses ; cependant, un nettoyage soigné pratiqué avec des éponges ne ramène que peu de débris sanguins.

L'examen des annexes droites fait reconnaître l'existence, au niveau de l'ovaire, d'adhérences multiples et d'un petit kyste hématique ; leur ablation est pratiquée suivant les procédés ordinaires.

Après lavage soigné du péritoine à l'eau distillée bouillie, la paroi abdominale est fermée par des sutures au crin de Florence.

La malade a succombé au 5^e jour à une septicémie péritonéale sans inflammation ; la cause de l'infection nous échappe.

Pièces pathologiques. — La pièce importante est constituée par les annexes gauches, auxquelles est appendue une tumeur toute spéciale. L'ovaire présente à sa périphérie des néoformations fibreuses qui témoignent d'une ovarite ancienne. La trompe, tortueuse, repliée sur elle même et entourée de fausses membranes, est dilatée dans la partie située immédiatement en dedans du pavillon ; celui-ci est presque normal, son orifice n'est pas oblitéré. Aux franges les plus inférieures du pavillon est suspendue, par des tractus fibreux, une masse de caillots sanguins, noirâtres, très friables, renfermés dans une sorte

de coque incomplète qui a été déchirée pendant l'opération; l'examen histologique pourrait seul dire si cette coque est organisée ou fermée simplement par des strates fibrineux. La masse formée par ces caillots a le volume d'une mandarine : elle était située au fond du cul-de-sac de Douglas, entraînant avec elle la trompe et l'ovaire gauches.

A l'ouverture de la trompe, on constate dans la portion dilatée située en dedans du pavillon, la présence d'un *liquide hématique*, couleur chocolat ; à ce niveau, la muqueuse est tomenteuse, les plis longitudinaux ont disparu ; pas de caillots.

L'examen des pièces met donc en évidence l'existence d'une ovario-salpingite ancienne ; il y a eu hémorrhagie tubaire, puisque nous avons trouvé une collection sanguine dans la trompe. Mais, dans ce cas, l'orifice péritonéal étant resté perméable, le sang s'est presque totalement écoulé dans le cul-de-sac de Douglas pour s'y enkyster et former la masse que nous avons décrite.

Obs. IV (Personnelle). — *Hématosalpinx d'origine placentaire.*

Bl... Marie, âgée de 27 ans, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Prof. Duret, pour des douleurs abdominales qui, d'après son dire, ont débuté il y a quelques mois seulement.

Elle a eu ses premières règles à 16 ans, elles ont toujours été normales. A vingt ans, premier accouchement : les suites de couches sont bonnes. Après l'accouchement, des pertes blanches persistent pendant plusieurs mois et, consécutivement, apparut, à l'occasion des règles ou d'une fatigue, une légère douleur dans le côté droit.

A 22 ans, deuxième enfant. La malade se place comme nourrice pendant 20 mois. Durant tout ce temps, sa santé est excellente ; elle se plaint néanmoins de douleurs qu'elle qualifie de migraines et de névralgies. Quand elle cessa d'allaiter, le point douloureux du côté droit reparut ; son intensité s'exagérait à chaque époque menstruelle, et à l'occasion de fatigues exceptionnelles. Il faut croire cependant qu'il était supportable, puisque la malade pouvait se livrer quotidiennement à des travaux pénibles : elle cirait des parquets, faisait des lessives, etc.

Au mois de février (vers le 17), elle constata que ses règles se prolongeaient au-delà de leurs limites habituelles, pendant 8 jours ; le sang était d'ailleurs moins teinté que d'habitude ; il semblait mélangé avec de l'eau. Dans le mois qui suivit, des douleurs survinrent dans le bas-ventre sans qu'un exercice quelconque les eût provoquées, et vers le 10 mars, le retour des règles fut particulièrement pénible. Le sang

était très abondant, mais au milieu du 3^e jour, l'écoulement fut subitement interrompu. En même temps, de violentes douleurs abdominales forcèrent la malade à s'aliter. Ces dernières se montrèrent d'abord dans le flanc droit, remontèrent vers l'épigastre et la région de l'hypochondre gauche; le ventre se ballonna, des envies de vomir survinrent, et une certaine anxiété respiratoire persista pendant plusieurs jours. On appliqua sur le ventre, d'une façon continue, des cataplasmes laudanisés, au bout d'une semaine, ces phénomènes s'amendèrent; il persista seulement une douleur sourde dans le bas-ventre.

Les mictions sont très fréquentes et très douloureuses; la malade est obligée de se lever pour uriner. La défécation se fait régulièrement tous les jours, et sans douleur aucune.

L'appétit, qui avait diminué depuis un mois, renaît en ce moment. Mais la malade se sent malgré cela très faible. Elle ne peut se livrer à aucun travail, le moindre effort la fait transpirer.

La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite et aussi, mais à un degré beaucoup moindre, sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche. Elle fait reconnaître une tumeur occupant toute la fosse iliaque droite, l'hypogastre, et se prolongeant dans la fosse iliaque gauche. — Le toucher permet de constater que le col est légèrement abaissé et porté en arrière, et que la matrice est comme enclavée dans une masse rénitente qui déprime légèrement le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, et très fortement le cul-de-sac antérieur et latéral droit.

Cette masse s'étend à droite jusqu'aux limites de l'excavation, mais du côté gauche un certain espace la sépare encore de la paroi osseuse.

Au palper bi-manuel, on s'aperçoit que la tumeur est fixe, qu'elle est allongée transversalement, qu'elle a la forme d'un ovoïde irrégulier, dont la grosse extrémité serait à droite, que la matrice enfin paraît soudée dans sa masse. Elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus.

L'exploration était tellement douloureuse qu'elle a exigé l'emploi du chloroforme.

Le diagnostic est celui d'ovario-salpingite.

Sous l'influence de quelques jours de repos, l'état de la malade s'améliore considérablement; les douleurs sont presque abolies. La température, prise matin et soir, est normale. La malade sort de l'hôpital le 24 avril.

Elle y rentre le 16 mai. Les douleurs spontanées sont peu accusées mais la malade ne peut se livrer à un travail régulier, ni fatigant.

Les mêmes signes physiques persistent. Pas de règles en avril et mai.

L'intervention chirurgicale est décidée le 20 mai 1892.

Elle est pratiquée par M. Duret.

Incision sous-ombilicale de 7-8 centimètres. L'épiploon adhérent est décollé et refoulé en haut. La surface de la tumeur apparaît alors rougeâtre, très vascularisée; sa consistance est molle, presque renitente. Ses adhérences sont nombreuses et résistantes; il y a une véritable symphyse. Une ponction à l'aide d'un trocart Potain ne ramène rien; mais le trocart enlevé, l'orifice de la ponction donne issue à une bouillie noirâtre (caillots). Le chirurgien essaie de contourner la tumeur et de détruire ses adhérences; le volume de la poche le gênant, il incise au bistouri sur une étendue de 1 cent. 1/2: une grande quantité de caillots cruoriques s'en échappe. Les manœuvres deviennent alors plus faciles; les adhérences avec les parois du petit bassin sont rompues les unes après les autres. A noter: en arrière, adhérence à une anse intestinale, en avant à un diverticule de la vessie, et au fond de l'utérus. Le pédicule est formé contre le bord droit de la matrice. Lavage très abondant du péritoine. Drainage au moyen de deux tubes placés l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus. Suture de la paroi au crin de Florence.

Mort au 5^e jour. A l'autopsie, on trouve du pus dans le petit bassin; les anses intestinales sont très congestionnées, et présentent par places quelques dépôts fibrineux. Le pédicule est sain.

Pièces pathologiques. — La tumeur enlevée a un peu plus du volume du point d'un adulte. Elle est irrégulièrement arrondie, d'une coloration rougeâtre très prononcée. Sa surface présente quelques dépressions et sillons sinueux; elle est tapissée sur toute sa périphérie de nombreux débris d'adhérences. Nous retrouvons à la partie postéro-supérieure l'ovaire qui lui est étroitement accolé et qu'il est impossible de détacher. Un peu en avant de lui, à peine visible, se trouve un petit orifice qui paraît être l'orifice de section de la trompe.

En y introduisant une branche de ciseaux très fins, on arrive à faire une section longitudinale de la trompe. Elle contourne la partie supérieure de la tumeur, en s'enroulant autour d'elle. Sur une étendue de 13 mm. environ, l'oviducte a gardé son calibre normal; la muqueuse a conservé ses franges longitudinales; la paroi a subi une hypertrophie manifeste.

A 13 mm. de la surface de section, la trompe se dilate brusquement; sa cavité atteint les dimensions d'un gros œuf de pigeon; elle renferme

un caillot ovoïde, à grosse extrémité interne, qui la remplit à peu près complètement. La surface de ce caillot, peu rugueuse, adhère peu ou point à la paroi de la cavité, sauf en une zone de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, où l'adhérence est intime; il faut une traction forte pour le décoller. On trouve alors, au niveau de cette zone d'insertion, de nombreux petits filaments grêles. Au même point, la paroi de la poche est amincie.

A la coupe, le caillot a un aspect homogène, sauf vers le centre où se trouve un caillot, à surface lisse, indépendant du premier, qui semble lui former une enveloppe; au niveau de la base d'insertion du premier, cette indépendance n'existe plus: les deux caillots se confondent l'un avec l'autre.

La paroi est lisse, épaissie dans la portion utérine, amincie dans la portion externe.

Au-dessous de la trompe existe une vaste poche du volume d'une grosse orange, à parois épaisses de 2 à 3 mm., adhérente à la trompe qui forme crosse au-dessus d'elle. La paroi interne est tapissée de débris de caillots adhérents, irrégulièrement disséminés dans toute la poche. Celle-ci renfermait 270 grammes de caillots cruoriques. Que penser de cette poche? Ses parois si nettement différenciées, si épaisses, éloignent l'idée d'une hématoécèle enkystée, mais non d'une façon absolue. De plus, cette poche est en communication avec la trompe par un conduit qui pourrait bien n'être qu'artificiel cependant.

Quoiqu'il en soit, que ce soit une hématoécèle enkystée ou un diverticule dans la trompe énormément dilatée, là n'est pas pour nous le fait intéressant. Ce qu'il faut noter, ce sont les caractères extérieurs de la première cavité qui, elle, est certainement la trompe. Nous y retrouvons tous les caractères macroscopiques d'une grossesse tubaire avortée (*V. anatom. patholog.*). Nous sommes en droit d'affirmer, dans ce cas, l'origine placentaire de l'hématosalpinx.

L'examen histologique, dû à l'obligeance de M. le professeur Augier, a démontré la ressemblance frappante avec les villosités choriales, des filaments grêles dont nous avons signalé l'existence au niveau de la zone d'insertion du caillot.

Obs. 5 (Personnelle et inédite). — *Hématosalpinx droit; pyosalpinx gauche. Laparotomie. Guérison.*

Joséphine M..., âgée de 25 ans, entre dans le service de M. le Prof. Duret, le 4 juillet 1893. Régulée pour la première fois à 11 ans, elle l'a

toujours été normalement jusqu'à l'âge de 19 ans; à cette époque, elle devint enceinte et avorta au bout de six semaines de grossesse. L'avortement s'accompagna d'hémorragies abondantes, qui la forcèrent de garder le lit pendant une quinzaine de jours. Elle ne présenta d'ailleurs à ce moment aucun phénomène péritonéal, ni vomissements, ni ballonnement abdominal, mais depuis elle conserva toujours une douleur dans le ventre et, pendant un an et demi, ses règles furent plus abondantes que d'ordinaire.

A 21 ans, elle se marie. Pendant deux ans, elle jouit d'une santé parfaite; mais ensuite, se montrent une série de crises au cours desquelles la malade souffre considérablement du ventre et est obligée de tenir le lit pendant plusieurs jours; elles se reproduisent, à 5 ou 6 reprises différentes, à des intervalles qui varient de 4 à 5 mois. La première crise a été précédée d'un retard des règles de quinze jours. La dernière, qui dure encore à son entrée à l'hôpital, a débuté il y a 3 semaines; la malade a pu continuer à travailler pendant 8 jours, mais depuis quinze jours elle doit rester couchée; elle perd continuellement du sang, quoique en petite quantité. Par deux fois, elle a eu des vomissements. Son médecin l'a traitée par des cautérisations du col, au chlorure de zinc probablement, et par l'application d'un vésicatoire sur la fosse iliaque droite, siège actuel des douleurs.

L'examen direct révèle une grande sensibilité du ventre. Au toucher, on trouve le col de l'utérus porté en avant sous le pubis; le corps est dévié à gauche et en arrière. Le cul-de-sac droit, et principalement sa partie antérieure, est comblé par une tumeur volumineuse que l'on sent facilement d'autre part à travers la paroi abdominale et qui remonte jusqu'à l'ombilic, en dépassant à gauche la ligne médiane. Le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac gauche sont libres. Le diagnostic porté comme le plus probable est celui d'ovario-salpingite kystique du côté droit.

La laparotomie est pratiquée par M. le professeur Duret le 22 juillet. A l'ouverture du ventre, on tombe sur une tumeur soulevant la paroi abdominale du côté droit, et ayant le volume de deux poings; la surface en est charnue, vascularisée; sa forme est ovoïde; à sa partie interne, on aperçoit une portion de la trompe, grosse comme un boudin, qui contourne la tumeur en pas de vis. Celle-ci s'est développée presque entièrement dans le ligament large qu'elle a soulevé, distendu, amenant autour d'elle le péritoine des régions sacrée, iliaque et vésicale. Son aspect fait immédiatement penser à une trompe distendue par une

collection sanguine. On la ponctionne, il s'en écoule 300 à 350 gr. de *sang tué*.

En essayant de contourner la tumeur avec la main, le chirurgien s'aperçoit qu'elle ne peut être pédiculisée, car elle plonge aux $\frac{3}{4}$ dans le petit bassin entre les feuillets du ligament large. Il crée alors, par une incision de 5 à 6 cent. à la partie postérieure de la sphère salpingienne et intéressant seulement son enveloppe séreuse, une boutonnière à travers laquelle il introduit deux doigts. A l'aide de ceux-ci, il arrive par décollement à dégager la moitié externe de la tumeur. La moitié interne est plus difficile à dégager, car elle est accolée à la matrice et à la partie postérieure du bassin dans le cul-de-sac de Douglas. Cette décortication est particulièrement laborieuse pour un prolongement en forme de doigt de gant qui se continue le long du bord de l'utérus jusqu'au vagin. Elle peut néanmoins être complétée. Les feuillets du ligament large, accolés et réunis en plusieurs paquets sont soigneusement liés.

Du côté gauche, on trouve une trompe également très distendue et incluse dans le ligament large. Elle est extirpée plus facilement que la droite.

L'hémostase étant bien assurée, les parties cruentées sont badigeonnées avec une solution de chlorure de zinc au $\frac{1}{20}$. Lavage du péritoine à l'eau distillée bouillie, puis tamponnement à la gaze iodoformée. On ajoute un drain du côté droit. La paroi est suturée comme d'ordinaire à l'aide de trois plans de suture.

Les suites opératoires, excellentes pendant les huit premiers jours, se sont compliquées ensuite par un mouvement fébrile qui a persisté pendant une quinzaine de jours sans que rien l'expliquât localement ; la température n'a du reste pas dépassé 39°. Un mois après l'opération, la malade était guérie.

Examen des pièces. L'une des deux masses enlevées, celle qui occupait la partie *gauche* du petit bassin, est formée en grande partie par l'ovaire qui atteint le volume d'une grosse mandarine ; il est surplombé par la trompe qui est sinueuse, très distendue au point d'atteindre dans sa partie la plus externe le volume de l'intestin grêle dilaté (2 pouces). Par son pavillon, cette trompe est accolée à la surface de l'ovaire sous-jacent de telle façon qu'il n'y ait plus de ligne de démarcation entre elle et lui ; le péritoine se continue en effet sans interruption sur les deux organes, et il est impossible de découvrir à ce niveau même du tissu cicatriciel. Extérieurement, l'ovaire paraît polykystique ; à l'incision, il s'en écoule un liquide muco-purulent, qui sort de plu-

sieurs poches en communication les uns avec les autres ; à côté de celles-ci il existe quelques petits kystes à contenu séreux. De ces poches, on extrait des fausses membranes minces, transparentes, un peu jaunâtres. Leur surface interne a un aspect aréolaire, et présente une série de colonnes saillantes rappelant un peu les piliers du cœur. De l'intérieur de la trompe il s'écoule un liquide verdâtre louche, un peu visqueux, beaucoup moins épais que le contenu de l'ovaire. Les parois du canal tubaire sont très épaissies ; leur surface interne est inégale, aréolaire, parsemée de tractus saillants, et présente par places une coloration jaunâtre ; en certains endroits, il y a comme des graines jaunâtres, ressemblant, mais ce n'est là qu'une grossière apparence, à un semis de granulations tuberculeuses.

La tumeur enlevée à droite forme une masse qui, après évacuation du contenu de la poche a un peu plus que le volume du poing. Sur une portion de la circonférence de cette masse arrondie la trompe se dessine sous la forme d'un boudin, de coloration rougeâtre, à parois très résistantes, accolé à la partie supérieure d'une poche dont la surface très inégale présente encore les traces de nombreuses adhérences. La partie en forme de boudin a 10 cm. de long, le volume du pouce ; elle est sinueuse, et va en s'amincissant vers l'extrémité utérine ; son extrémité péritonéale n'est pas évasée. En la sectionnant, on tombe dans une cavité remplie de sang coagulé assez ferme ; la surface du caillot, que l'on détache facilement, est inégale, granuleuse, grisâtre ; son centre est cruorique. En aucun point, il ne présente d'organisation apparente. Il n'adhère pas à la surface de la trompe ; il s'énuelée facilement sauf au niveau du bord adhérent de l'oviducte. La surface interne de cette première cavité présente des plis longitudinaux ; la muqueuse est ferme. En se prolongeant, la partie sinueuse de la trompe que nous venons de décrire, se continue par une partie un peu rétrécie avec une poche qui paraît formée aux dépens du pavillon et atteint le volume du poing. Elle contient des caillots nombreux, en partie cruoriques, en partie grisâtres, qui ne forment pas un tout cohérent mais au contraire se fragmentent facilement. Sa surface interne a une coloration rougeâtre, due à l'imprégnation par le sang. Elle est lisse dans les points où les caillots se sont détachés spontanément et facilement. Partout ailleurs elle est inégale et ces inégalités sont dues aux adhérences de caillots. Il n'y a pas trace de kystes dans l'épaisseur des parois de la poche.

Accolé à la face postérieure et à l'extrémité interne de la grande poche salpingienne, on trouve l'ovaire atrophié sous forme d'une lame

blanchâtre, ovalaire, contenant quelques petits kystes et des traces de corps jaunes.

L'examen histologique n'ayant pu être pratiqué en temps utile, la nature exacte de cet hématosalpinx reste pour nous douteuse.

Hémato-salpingite démontrée par l'examen microscopique ou par l'aspect macroscopique des lésions.

OBS. 6 (Résumée). — PILLIET. *Salpingite hémorrhagique par rétention*. (Soc. anat. mai 1893.)

Il s'agit d'une pièce d'autopsie recueillie sur une jeune femme morte de tuberculose pulmonaire. Nous ne décrivons ici que l'utérus et les organes génitaux qui nous importent seuls.

L'utérus est en antéflexion et en rétroversion très prononcées ; il est maintenu dans cette position par des adhérences solides.

Les annexes se présentent sous une forme assez spéciale. Des deux côtés, la trompe est repliée, coudée, immobilisée par des adhérences ; elle forme ainsi une arcade à concavité inférieure dans laquelle se trouve placé l'ovaire porté par conséquent en avant et en bas et difficile à isoler, d'abord par son petit volume, ensuite par les adhérences qui partent de tous les points de la périphérie et le soudent aux organes voisins. La portion ampullaire des deux trompes est maintenue fixe par les brides de nouvelle formation, et elle s'est dilatée dans cette nouvelle position en sorte qu'elle forme à droite comme à gauche une poche en forme de gourde du volume d'une petite noix lorsqu'elle était distendue, poche aplatie dans le sens antéro-postérieur, irrégulièrement mamelonisée à sa surface et se trouvant en rapport avec l'ovaire en dehors et en bas.

Le pavillon de la trompe est complètement oblitéré des deux côtés, on n'en retrouve pas de trace car il est perdu dans les adhérences. La trompe incisée laisse échapper du sang non coagulé, rougeâtre, qui paraît mêlé de pus. La surface interne des trompes ne présente nulle part de caillots adhérents, elle est parfaitement lisse et divisée seulement en certains points par des adhérences qui partent du méso de la trompe. Sa paroi est d'ailleurs fort mince.

Examen histologique. — Lésions manifestement inflammatoires dans la paroi de la trompe. Celle-ci ne présente une surface lisse à son intérieur que par suite de l'atrophie à peu près complète de ces franges. Celles qui subsistent déterminent à la surface de la muqueuse

les plis que nous avons mentionnés plus haut. Le plan superficiel n'est donc constitué que par deux ou trois couches de cellules rondes remplaçant l'ancienne muqueuse détruite.

Puis vient une couche de tissus fibreux fort épaisse et remplaçant le chorion normal de la muqueuse, elle est infiltrée en beaucoup d'endroits de cellules rondes d'origine manifestement inflammatoire. La tunique musculaire a disparu presque complètement et l'on trouve autour des vaisseaux qui sont épaissis, même les capillaires, les mêmes infiltrations que sous la paroi. L'ovaire présente toutes les lésions de l'ovarite scléro-kystique et de plus une infiltration embryonnaire récente d'un certain nombre de corps jaunes. Les membranes étalées sur une lame de verre et colorées, soit au picro-carmin, soit à l'hématoxyle, se montrent constituées par un tissu conjonctif adulte fibrillaire et parfaitement organisé.

Ce tissu présente un lacis extrêmement serré de vaisseaux qui forment un réseau blanchâtre visible à l'œil nu. Au microscope on constate que les plus volumineux sont constitués par des artérioles bien organisées et entourées de gaines lymphatiques considérables. Ces artérioles se résolvent en capillaires serrés et nombreux, escortés de lymphatiques nonstrucux et très larges et ce réseau est d'une richesse fort grande, telle qu'on n'en trouverait d'exemple que sur le grand épiploon d'animaux très jeunes. Ce développement de l'appareil vasculo-lymphatique présente un réel contraste avec les bandes de tissu conjonctif bien organisé et presque fibroïde que l'on rencontre dans ces néo-membranes ce qui explique leur solidité.

Obs. 7. — *Hématosalpingite. Examen microscopique (pas de villosités choriales)*. BALLANTYNE et WILLIAM. (*Brit. med. J.* 24 janv. 1891).

X..., 23 ans, mariée, mais stérile, morte avec des symptômes de pelvi-péritonite.

A l'examen *post-mortem* on trouve une péritonite générale récente, et les viscères pelviens montraient les lésions avancées qui suivent. Il y avait un kyste purulent de l'ovaire gauche, du volume d'une tête d'enfant; la trompe gauche était représentée par une cavité principale, et quelques dilatations secondaires, renfermant un liquide granuleux, noirâtre, qui en avait coloré en brun les parois. La cavité principale, qui fut démontrée comme étant la trompe dilatée, montrait intérieurement une paroi inégale, granuleuse; mais les autres, qui étaient creusées dans la paroi de la trompe, avaient une membrane lisse et

brillante. La trompe de Fallope droite était dans les mêmes conditions, montrant comme l'autre des kystes hématiques, principaux et secondaires. Les restes atrophiés de l'ovaire droit furent trouvés adhérents à la trompe. Le kyste ovarien, les deux trompes distendues, l'utérus et le rectum, étaient réunis les uns aux autres, par des adhérences inflammatoires épaisses, récentes et anciennes. L'état des viscères pelviens était tel qu'il aurait opposé d'insurmontables difficultés à toute tentative d'extirpation des ovaires et des trompes durant la vie de la malade, et il est heureux qu'une telle tentative n'ait point été faite.

L'*examen microscopique* de la paroi de la cavité principale révéla, en quelques points, la présence de restes atrophiés de fibres musculaires, mais la plus grande partie de la paroi était formée de tissus fibreux. En se rapprochant de l'utérus, où la trompe était moins dilatée, les fibres musculaires étaient plus épaissies et plus nombreuses, et la paroi était très vasculaire, montrant de nombreuses petites hémorragies. La muqueuse était entièrement détruite, et remplacée par un tissu fibro-cellulaire pigmenté. Les parois des autres cavités présentaient de semblables apparences microscopiques, mais là les fibres musculaires semblaient prédominer. On ne voyait aucun repli dans la cavité d'aucun des kystes. Le contenu des cavités présentait, sous le microscope, des corpuscules rouges de sang, qui offraient une très singulière apparence due à la précipitation de l'hémoglobine en cinq ou six points du globe; et dans quelques préparations, on trouva des cristaux d'hématine.

OBS. 8. — *Salpingite hémorrhagique. — Examen microscopique.*
(TOWNSEND. *Boston medical and surgical Journal* 1893, T. 129, p. 440).

M^{me} T..., m'est amenée à l'hôpital général de Massachusetts le 19 mai 1893, avec le diagnostic probable de grossesse extra-utérine. Agée de 36 ans, multipare, elle avait eu 3 enfants (le dernier il y a onze ans), et deux avortements (le dernier il y a sept ans). Ses règles étaient auparavant régulières, et du 6 au 12 mars elle fut menstruée comme d'ordinaire. Le 13 mars, elle recommença à perdre, et continua jusqu'à son entrée à l'hôpital, l'écoulement étant généralement faible, mais quelquefois abondant. En même temps que le premier écoulement, le 13 mars, elle commença à éprouver une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite. Après le 10 avril, la douleur fut moins forte et moins fréquente. Au moment de ces douleurs, elle avait des attaques syncopeales. La douleur s'irradiait vers la cuisse droite.

Le 9 avril, elle fut examinée pour la 1^{re} fois par le Dr Kenty, qui trouva une masse mobile située derrière le segment inférieur de l'utérus, et rattachée à lui par un pédicule en forme de cordon. Cette masse augmenta rapidement, et elle devint plus intimement rattachée à l'utérus. Jamais il n'y eut de fièvre ou de signes d'inflammation.

Mon examen à l'hôpital, le 19 mai, me montra l'utérus faiblement hypertrophié, et dévié à gauche. Une masse, de la forme et du volume d'un gros œuf de poule, était sentie dans le ligament large droit, rattachée à l'utérus par un pédicule un peu plus petit. La masse était plutôt molle, mais non fluctuante, à l'extrémité externe; ailleurs elle était dure, mais non comme un fibrome.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine semblait de beaucoup le plus probable, et on persuada à la malade d'entrer à l'hôpital. Elle entra dans le service du Dr Beach, qui considéra comme probable une grossesse extra-utérine, et qui l'opéra 3 jours après, le 22 mai; il enleva la trompe droite, distendue par du sang et partiellement déchirée. La pièce fut envoyée au Dr Whitney, qui ne put y trouver ni villosités choriales, ni cellules déciduales, ni portion de tissu fœtal. Par exclusion donc, il la considéra comme un cas de *salpingite hémorrhagique*.

OBS. 9. — *Hématosalpinx simulant une grossesse extra utérine.*
(Скром. *Edinburgh medical Journal*, oct. 1891, p. 314).

M^{me} M..., mariée, un enfant quatre ans auparavant, fut amenée salle 28, souffrant d'hémorrhagies irrégulières. Ces hémorrhagies duraient depuis 6 semaines avant lesquelles ses règles avaient été supprimées pendant 2 mois. Elle se plaignait d'une douleur continue dans le côté droit, douleur à caractère spasmodique.

En examinant le bassin, on sentait à droite une tuméfaction nette, élastique et douloureuse. A l'auscultation, un murmure très bien marqué pouvait être distingué tout à la surface. Par le vagin, on sentait l'utérus dévié à gauche et en arrière, un peu augmenté de volume, et son orifice étalé. Occupant tout le cul-de-sac droit du vagin, il y avait une masse légèrement pulsatile, de forme irrégulière et très douloureuse au toucher. Pendant son séjour à l'hôpital, après une semaine, la tumeur sembla augmenter de volume, et ses battements furent non-seulement sentis à nouveau par le vagin, mais purent même être reconnus sur la paroi abdominale. Pendant cette semaine, le bruit devint nettement plus fort. La malade avait de temps en temps de petites

hémorrhagies ; mais elle ne perdait pas de lambeaux de caduque, et elle ne put dire si elle en avait perdu avant son entrée.

Le diagnostic qui s'imposait à moi était une grossesse extra-utérine entre la 12^e et la 15^e semaine, et je pense que les signes physiques justifiaient le diagnostic. Il y avait le souffle, la tumeur extra-utérine pulsatile, augmentant rapidement de volume, la suppression des règles et les hémorrhagies consécutives ; et, quoiqu'il n'y ait pas eu de caduque, le récit de la femme et l'examen du sang et des caillots qu'elle perdit rendent plus que vraisemblable qu'il s'en est échappé quelques lambeaux. Il me semblait donc que j'étais tombé sur une grossesse extra-utérine bien caractérisée. En conséquence j'ouvris le ventre, et arrivai sur une masse volumineuse, noirâtre, dans le côté droit du pelvis ; elle était molle et fixée de toutes parts. Tout cela correspondait exactement avec ce qu'on trouve dans la grossesse extra-utérine. Je séparai les adhérences très attentivement, et réussis avec beaucoup de peine à extraire la masse. Je l'amenai à la surface, et juste au moment où elle arrivait dans la plaie abdominale, elle se rompit, et une quantité considérable de sang s'échappa dans l'abdomen. Je liai le pédicule et enlevai la tumeur, pensant toujours avoir affaire à une grossesse extra-utérine. Elle fut soigneusement examinée par le Dr Woodhead et d'autres.

On ne trouva nulle part, dans le sac, de traces de grossesse ; la tumeur était constituée par une énorme dilatation de la trompe remplie de sang, ou, en d'autres mots, par un hématosalpinx.

OBS. 10. — *Ovarc-salpingite hémorrhagique. — Laparotomie. — Guérison.* (QUÉNU. In thèse CESTAN).

Irma G..., 44 ans, réglée à 14 ans, Ipare, a commencé vers 38 ans à souffrir du ventre, avec pertes blanches ; elle a été soignée à la maternité et à Laënnec. En janvier 94, pertes sanguines abondantes, pendant 15 jours, en dehors des règles ; puis douleurs abdominales qui l'amènent à Cochin, service du Dr Quénu, le 7 avril 1894.

Elle accuse des douleurs dans le côté gauche, s'irradiant vers la cuisse et la région lombaire correspondantes, exaspérées par la marche et la palpation. Pas de fièvre.

Au toucher, petite tumeur rénitente, douloureuse dans le cul-de-sac gauche, séparée de l'utérus par un sillon assez prononcé. Col normal,

Le 15 mai, laparotomie médiane. Adhérences intestinales étendues, plus marquées à gauche. Ablation des deux trompes et des deux ovaires.

Guérison. Excet le 15 juin.

Examen des pièces. — La trompe gauche, du volume d'une grosse noix, est remplie de sang noir coagulé. L'ovaire, qui lui est intimement adhérent par le pavillon, présente deux foyers hémorragiques. La trompe droite, un peu augmentée de volume, ne contient pas de sang. L'ovaire droit renferme une cavité du volume d'une noisette et remplie par un caillot noirâtre.

« Nous regrettons qu'un examen histologique ne soit pas venu ici confirmer l'absence de grossesse tubaire, mais nous savons M. Quénu trop au courant de ces questions pour ne pas nous ranger à son diagnostic d'ovaro-salpingite hémorragique. » (Cestan).

OBS. 11 et 12.

WALTHER cite les observations de 2 cas dans lesquels, malgré une série d'examens portant sur les différentes parties de la trompe, il n'a pu découvrir de villosités choriales; le résultat est resté absolument négatif, et, en terminant, Walther insiste sur ce fait qu'à première vue, certains caillots peuvent donner l'illusion des villosités choriales. (*Dissert. inaug., Giessen, 1890.*)

OBS. 13. — FERREIRA DE CASTRO. *Salpingite hémorragique.*

« Dans une observation, les plis de la muqueuse tubaire, volumineux, très ramifiés, avec des lésions principalement catarrhales, étaient lubrifiés par du sang, qui, dans un point, commençait déjà à dilater la cavité de la trompe. Je suis convaincu qu'à une phase plus avancée, lorsque les plis forment des anatomoses, le sang ne s'écoulerait pas facilement. » (*Essai d'histologie pathologique in. Repert. univ. d'obst. et gyn. 1892.*)

OBS. 14. — MONPROFIT. *Hémato-salpingite. — Laparatomie. — Guérison. — Examen microscopique.* (Voir thèse de Monprofit, Paris 1887. Obs. III).

OBS. 15. — *Hémato-salpingite double.* (BOIVIN et DUGES. *Maladies de l'utérus.* 1883, tome II, p. 586).

Une femme récemment avortée, à un terme très peu avancé, est

prise d'une inflammation de l'utérus et du péritoine à laquelle elle succombe. L'extrémité ovarique de la trompe gauche est de la grosseur d'un œuf de poule, adhérente à l'ovaire qu'elle enveloppe en grande partie; elle est rouge, très vasculaire et contient du sang fluide; les parois de cette poche ont une demi ligne d'épaisseur. La trompe droite est oblitérée à son pavillon qui est gros comme le doigt, dépourvu de franges et adhérent à l'ovaire par quelques brides cellulaires; du sang fluide y est aussi contenu. Les restes d'un petit kyste séreux déchiré sont suspendus à l'ovaire de ce côté.

OBS. 16. — *Hémato-salpingite double.* (FOLLIN. *Soc. chirurg.*
23 mai 1853).

M. FOLLIN montre une pièce d'hématocèle rétro-utérine trouvée chez une femme qui, le 20 décembre dernier, au milieu d'une santé assez bonne, fut prise de douleurs dans le ventre et d'une diarrhée sanguinolente qui dura une quinzaine. La moindre pression exagérait ces douleurs. Entrée le 5 février à la Charité, cette malade est morte le 29 mai d'une phthisie pulmonaire. A l'autopsie on a trouvé :

1^o Des taches bleuâtres paraissant dues à du sang épanché, et répandues sur divers points de la surface péritonéale.

2^o Chaque trompe dilatée par un liquide épais, brunâtre, en grande partie formé par du sang. A droite, l'extrémité dilatée de la trompe se termine dans une masse sanguine jaunâtre, du volume d'un œuf, qui occupe la paroi postérieure et latérale de l'utérus : à gauche, il n'y a point de tumeur en dehors de la trompe dilatée. Les ovaires sont assez volumineux, mais on ne trouve point d'épanchement sanguin à leur intérieur.

OBS. 17. — *Hémato-salpingite double.* (BESNIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 2^e série, tome III, juin 1858).

Aménorrhée complète jusqu'à 24 ans : à cette époque, douleurs lombaires et abdominales de quelques jours de durée. Depuis, douleurs dysménorrhéiques chaque mois et durant deux ou trois jours. Depuis deux ans, manifestation d'une grosseur du volume d'un œuf environ, dure, peu douloureuse, venant à certains moments faire saillie à la partie droite et inférieure de l'abdomen.

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, cette tumeur devient douloureuse et détermine une réaction fébrile.

Entrée de la malade à l'hôpital où l'on constate, par la palpation abdominale, une tuméfaction persistante, arrondie, tendue occupant la partie latérale droite de l'hypogastre et simulant une hématocele péritérine.

Apparition d'un flux sanguin par la vulve et expulsion de quelques caillots. Ponction de la tumeur hypogastrique. Il s'écoule un litre et demi d'un liquide épais, couleur chocolat. Reproduction du liquide. Deuxième ponction par le vagin cette fois, qui fit écouler un litre environ d'un liquide grisâtre, sanieux, d'une fétidité excessive, des gaz également fétides sortent bruyamment par la canule. Sonde à demeure et injection iodée. Mort le 4 janvier avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. — La trompe gauche, flexueuse, dilatée dans toute sa longueur, oblitérée à ses extrémités, renferme une matière semi-fluide, couleur chocolat foncé. L'ovaire gauche, ramolli, contient un kyste sanguin du volume d'une noisette.

À droite toute la cavité pelvienne est remplie par une poche communiquant avec le vagin par l'orifice de ponction. Il est impossible de reconnaître l'ovaire ni la trompe de ce côté.

OBS. 18. — MÉNIÈRE. *Hémato-salpingite double.* (in BECQUEREL. *Traité clin. des maladies de l'utérus.* 1859, t. II, p. 178).

X..., 36 ans, réglée à 16 ans et toujours bien. Mariée à 21 ans, accouche à 22 ans. Le troisième jour de ses couches apparition d'accidents vraisemblablement de métrite-péritonite. Cessation de règles, mais tous les mois phénomènes de congestion pelvienne. Quatorze mois après, mort à la suite d'une pneumonie.

Autopsie. — Utérus volumineux, englobé en arrière par deux corps saillants, cylindriques, flexueux, à peu près du volume du pouce. « Il me fut aisé de reconnaître que ces corps étaient constitués par les deux trompes dilatées contenant un liquide brun, visqueux, inodore et coulant à peu près comme pourrait le faire un sirop de médiocre consistance. Les deux pavillons de ces trompes étaient complètement oblitérés, et avant de les avoir ouvertes, il m'avait été impossible de vider ces cavités, même en les comprimant avec force, rien ne s'échappant ni dans le bassin, ni dans le corps de l'utérus, »

OBS. 19. — *Hémato-salpingite double.* (KEITH, *Edinb. med. journ.* p. 278. septembre 1883).

X..., 30 ans, fut envoyée de Glasgow. Elle a eu, depuis sept semaines

avant l'opération, des hémorrhagies utérines profuses, et, à partir de cette époque, elle fut forcée de garder absolument le lit. Les deux trompes étaient fortement distendues par du sang et avec les ovaires étaient étroitement adhérentes à la partie inférieure du bassin : de plus le cul-de-sac de Douglas était rempli de vieux caillots sanguins qu'il fallut enlever avec l'éponge. Bien que la femme fut très faible, sa convalescence se fit sans accident sérieux, elle put rentrer chez elle le vingt et unième jour.

OBS. 20. — *Hémato-salpingite double.* (MEADOWS. *Trans. of the obst. soc. of London.* 1866, vol. VIII, p. 149).

Mme G..., 37 ans, réglée à 14 ans, menstruation abondante. Mariée à 15 ans, elle devient immédiatement enceinte, mais elle avorta la dixième semaine. En tout, quatorze avortements et une grossesse à terme ; santé générale bonne jusqu'en 1863. A ce moment, apparition de douleurs dans la région lombaire avec irradiations vers l'utérus et la cuisse gauche ; en outre, à cette époque survint une perte de sang mêlée de caillots.

Examen. — Inflammation folliculaire du col, ulcération granuleuse de la lèvre antérieure, et plusieurs nodules fibreux dans la paroi antérieure de l'utérus. A son entrée, le 13 février 1866, apparition du flux cataménial, qui par l'usage de quelques médicaments astringents et froids, intempestivement donnés, fut suivie d'une diminution de l'écoulement. Phénomènes de péritonite terminés par la mort qui arriva le 23 février.

Autopsie. — Lésions de péritonite généralisée avec prédominance du côté de la région pelvienne. Les deux trompes étaient kystiques : celle de droite présentait deux dilatactions : celle de gauche une seule. Le contenu des trompes était un liquide noir, épais et granuleux, d'une couleur jus de pruneau.

OBS. 21. — *Hémato-salpingite, laparatomie, guérison.* (MUNDÉ. *Amer. journ. of Obst.* p. 5, 9 janv. 1887).

Au moment de l'opération, la tumeur avait le volume d'une noix de coco, et on la sentait distinctement à travers le cul-de-sac postérieur. Son aspiration vaginale donna issue à un liquide sanguin qui contenait un certain nombre de corpuscules probablement ovariens : aussi pensa-

l-on à une tumeur de l'ovaire. Les variations observées dans le volume de la tumeur et l'écoulement simultané du sang par l'orifice externe durant les deux derniers mois fit accepter comme probable que la tumeur avait déchargé une partie de son contenu dans l'utérus d'une façon intermittente. Le sac se rompt au cours de l'opération, laissant échapper son contenu dans la cavité abdominale. Lavages péritonéaux avec de l'eau chaude. Guérison.

OBS. 22. — *Hémato-salpingite volumineuse (7 litres). Laparotomie.*
(LAWSON TAIT. *Maladies des ovaires*, Trad. OLIVIER) résumée.

M..., 38 ans, bien portante et bien réglée jusque-là, est prise en novembre 1877 de douleurs pelviennes, qui augmentent peu à peu jusqu'en février 1877. A cette époque, on découvre une tumeur pelvienne, diagnostiquée, kyste parovarien. En mai, elle remontait au-dessus de l'ombilic. Vers le 20 juin, symptômes de péritonite.

Le 21, laparotomie. Tumeur d'apparence musculaire, rouge ; ponction, qui donne issue à « sept litres de liquide épais foncé, ayant l'odeur particulière du liquide menstruel. » Je reconnus que ce que j'avais ouvert était, sans aucun doute, la trompe gauche. Je lavai la cavité avec une solution phéniquée faible, et la drainai. La plaie suppura abondamment ; le tube à drainage fut enlevé le 21^e jour et le trajet guérit au commencement d'août. L'examen microscopique de la paroi montra la présence de fibres musculaires lisses ; c'était donc bien la trompe.

OBS. 23. — TERRILLON. *Hémato-salpingite double. — Laparotomie. — Guérison.* (Résumée).

M... 32 ans, 4 enfants, le dernier à 29 ans. Depuis, douleurs abdominales et règles abondantes, fréquentes. Lésions des deux côtés de l'utérus, mais surtout à droite où elles forment une tuméfaction du volume du poing qui refoule l'utérus à gauche. Pas d'augmentation de la cavité utérine.

Diagnostic probable : inflammation des annexes droites.
Laparotomie le 30 nov. 1886. A droite, énorme trompe, épaissie, remplie de sang noir et ayant le volume d'une orange, adhérente à l'ovaire polykystique qui est enlevé. A gauche, trompe du volume du ponce, oblitérée et remplie de sang. Ablation des annexes des deux côtés. Sort guérie le 23 janvier 1887.

OBS. 24. — TERRILLON. *Hémato-salpingite double. — Laparotomie. — Guérison. (Résumée).*

T... 27 ans, deux enfants. Début il y a 7 ans, probablement à la suite d'une fausse couche. Douleurs violentes, pertes abondantes. De temps en temps douleurs assez vives cessant aussitôt après un écoulement muco-purulent par le vagin. Lésions évidentes, douloureuses et assez grosses des deux côtés de l'utérus qui est gros.

Opération le 7 mars 1889. Les deux annexes sont malades et adhérentes : trompes volumineuses remplies de sang noir, ovaires adhérents et en partie sclérosés. Ablation totale. Guérison opératoire, mais les pertes persistent et nécessitent un curetage.

OBS. 25. — TERRILLON. *Hémato-salpingite double. — Laparotomie. — Guérison. (Résumée).*

M... 34 ans, deux enfants à 22 et 24 ans. Depuis 3 ans, signes d'un fibrome utérin qui augmente lentement, apparaît au-dessus du pubis et provoque des pertes abondantes.

Laparotomie le 22 mars 1887. On enlève difficilement et de chaque côté une trompe oblitérée, adhérente, remplie de sang noir, liquide, sirupeux, sans caillots et unie à l'ovaire couvert de fausses membranes. Corps fibreux de l'utérus volumineux. Guérison rapide.

OBS. 26. — TERRILLON. *Hémato-salpingite droite. — Laparotomie. — Marsupialisation de la poche.*

M^{lle} R... 22 ans, pas d'enfants. Début il y a 6 ans sans cause appréciable : règles très douloureuses qui l'obligent à garder le lit, et s'accompagnent de vomissements. On trouve du côté droit du bassin une tumeur fluctuante refoulant l'utérus à gauche, accessible par le vagin et surtout par la paroi abdominale.

Opération le 7 juillet 1887. Laparotomie : la masse fluctuante est formée par la trompe ayant le volume de deux poings ; mais l'ablation en est impossible. Une ponction donne 250 gr. de sang. La poche étant largement ouverte, on retire une grande quantité d'hématine noire mélangée de fibrine. Nettoyage et drainage de la poche dont les bords sont soudés à la paroi abdominale.

Persistance d'une fistule profonde, qui, à chaque période menstruelle,

laisse écouler environ 100 gr. de sang. Après deux mois, un abcès se forme. Guérison en février 1889.

OBS. 27. — TERRILLON. *Hémato-salpingite droite. — Ponctions répétées, puis laparotomie.*

L... 32 ans, pas d'enfants. Début il y a 8 ans sans cause connue.

En 1885, je trouve une masse fluctuante, profonde, occupant la place des annexes. Une première ponction, à travers la paroi abdominale, donna 450 gr. de sang et soulagea immédiatement la malade.

A l'époque suivante des règles, les douleurs reparurent, et la poche se remplit de nouveau. Je fis successivement 6 ponctions à des intervalles variables donnant chacune de 200 à 400 gr. de sang; chaque fois la poche se remplissait au moment des règles.

Laparotomie le 4 novembre 1887. Ablation difficile d'une trompe très épaisse, remplie de sang et d'hématine occupant le côté droit, avec ovaire atrophié. Les organes du côté gauche, malades également, ne purent être enlevés à cause des adhérences avec l'intestin. Guérison rapide, mais la malade souffre encore du côté gauche, qui a donné plusieurs fois des abcès s'ouvrant dans le côté gauche.

OBS. 28. — *Pyo-hémato-salpingite double. — Laparotomie. — Guérison.* (ROUTIER. *Revue de chirurgie*, 1889, p. 283).

S... trente ans, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, se maria à vingt ans; depuis cette époque ses règles ont toujours été trop abondantes et ont duré dix jours en moyenne. A vingt-deux ans, fausse couche de trois mois, reste six semaines alitée, puis viennent successivement deux grossesses menées à terme. Depuis deux ans, sans cause appréciable, douleurs vives dans le ventre, qui augmentent au moment des règles, mais qui sont calmées par l'écoulement du sang. Pertes sanguinolentes dans l'intervalle des règles qui comme nous l'avons dit, durent dix jours.

Soignés par les docteurs Béringier et Maygrier, elle m'est adressée. Femme maigre, chétive. Douleur à la palpation dans la fosse iliaque : utérus en rétroflexion, peu sensible, douloureux surtout sur ses bords qui semblent se continuer avec quelque chose d'épais; je sens une induration surtout à gauche. Hystérométrie, 7 centimètres.

30 octobre 1888. Laparotomie avec l'aide de mes internes MM. Arnoult et Gampert. A gauche, ovaire et trompe adhérents au petit bas-

sin, surtout en avant vers le trou obturateur. J'arrive à détacher la trompe épaissie, allongée, gonflée comme une saucisse, mais l'ovaire reste; je ne m'acharne pas à le décortiquer; à droite, même lésion avec kystes séreux et sanguins dans l'ovaire, liquide jaune verdâtre dans la trompe. Ligature des deux pédicules à la soie et section au thermocautère.

La trompe gauche contient un magma sanguinolent. Suture de la paroi au crin de Florence. Iodoforme, coton hydrophile. Guérison sans le moindre incident.

OBS. 29. — *Hémato-salpingite double.* — *Laparotomie.* — *Hystérectomie abdominale.* — *Guérison.* (RICHELOT, in thèse GAUTHIER.) (Résumée).

Vve G..., 27 ans, réglée à 15 ans irrégulièrement, 2 grossesses normales. Ses règles s'étaient terminées le 30 septembre 1890. Le 14 octobre, douleur abdominale violente à gauche qui la force à s'aliter jusqu'au 27; le lundi 28, crise violente avec sueurs froides. Entre à l'hôpital le 30 octobre.

Empâtement à gauche. Diagnostic : pelvi-péritonite. Cataplasmes laudanisés, glace sur le ventre, injections chaudes. Depuis le 14 octobre. pertes rouges abondantes. Passe en chirurgie le 20 novembre, dans le service de M. Richelot.

Examen : Pâleur extrême de la face. Dans le petit bassin, tumeur volumineuse proéminant plus à gauche qu'à droite, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, douloureux à la palpation; fluctuation difficile à percevoir au toucher, utérus porté en avant, cul-de-sac effacés.

Diagnostic : hématocele rétro-utérine. — *Laparotomie* le 21 novembre : on trouve, non une hématocele rétro-utérine, mais un *hémato-salpinx double*, très volumineux à gauche, beaucoup plus petit à droite, rempli de caillots noirs. Ruptures d'adhérences de la trompe gauche avec l'intestin. Comme les adhésions avec l'utérus sont très étendues, et très résistantes, M. Richelot fait l'hystérectomie abdominale, enlevant ainsi d'un seul coup l'utérus et les annexes. Ligature élastique perdue du pédicule. Lavage du péritoine, sutures au catgut par étages.

La malade sort le 21 décembre, complètement guérie.

OBS. 30. — *Hémato-salpingo-ovarite*. (POTIER Soc. anat. 15 juil. 1891).

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique, provient d'une malade morte de péritonite à la suite de la rupture dans la cavité péritonéale d'une poche anciennement formée aux dépens de la trompe droite accolée par son pavillon à l'ovaire correspondant. Un liquide rouge brunâtre était contenu dans cette poche. Les parois de la poche sont formées par l'ovaire en partie détruit et méconnaissable et par la partie externe de la trompe qui est venue l'adapter sur tout le parcours de l'ovaire.

La malade portant cette lésion était âgée de 32 ans. Elle avait ressenti à plusieurs reprises des douleurs dans le ventre sans jamais avoir de péritonite bien nette.

Elle avait ses règles cinq jours avant sa mort, quand elle fut prise d'un refroidissement. Les règles s'arrêtèrent subitement. Aussitôt, douleur vive dans le ventre, ballonnement, fièvre, pouls petit. La malade, apportée dans le service de M. Rigal, salle Laségue, hôpital Necker, meurt le lendemain.

Autopsie. — Nous constatons les lésions ci-dessus décrites et l'épanchement dans la cavité du petit bassin, du liquide brun noirâtre qui contenait primitivement la poche kystique. En même temps, des trainées de pus parsèment les organes du petit bassin.

L'utérus paraît sain à la coupe. Une bride, trace de pelvi-péritonite ancienne, traverse d'avant en arrière le cul-de-sac recto-utérin.

OBS. 31. — *Pyo et hémato-salpingite tuberculeuses*. — *Extirpation des ovaires et des trompes*. — *Guérison*. (ROUTIER, *Revue de chirurgie*, 1889, p. 281).

D... 37 ans. Toujours bien portante, réglée depuis l'âge de 14 ans, chaque époque durait 7 jours. En 1886, accouchement suivi de pertes sanguines qui durent 18 jours, après quoi elle n'a jamais plus été réglée. Elle séjourne plusieurs mois à Necker pour douleurs et pertes blanches. A la sortie, elle était loin d'être guérie : enfin, il y a huit semaines, métrorrhagie fort abondante pour laquelle elle vient à Laennec. Douleurs toujours très vives à gauche. Ventre globuleux, régulièrement arrondi, tympanique. Utérus peu mobile, incliné à droite, douloureux à la mobilisation : cul-de-sac gauche à peu près normal ; au fond du cul-de-sac droit, tuméfaction qui remonte le long de l'utérus, bien constaté à un nouvel examen sous le chloroforme.

19 septembre 1888. — Laparotomie. Après avoir détaché péniblement l'épiploon épaissi, il m'est permis de plonger dans le petit bassin. Je détache non sans peine l'ovaire et la trompe gauche fortement adhérents, dilatés et kystiques : ligatures, section au thermo-cautère.

Toilette soignée du péritoine : Suture complète de la plaie. L'opération a duré 40 minutes. Les suites ont été très simples ; cependant la température est toujours restée élevée, 38° et 38°5. Au bout de quatre semaines, ouverture d'un abcès au bas de la ligne de suture, par lequel sortent les fils du pédicule.

Du côté gauche, la trompe contenait une matière caséeuse, ses parois étaient particulièrement épaisses, 19 mm. L'ovaire doublé de volume contenait un kyste sanguin. — Du côté droit, l'ovaire et la trompe forment un gros kyste sanguin. L'examen de la paroi a montré des lésions manifestement tuberculeuses, tellement nettes qu'on négligea la recherche des bacilles.

Hémato-salpingite et fibromes utérins.

OBS. 32. — (JACOBS. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, 1891).

Mlle G... Pauline, 40 ans, couturière, souffre depuis de longues années d'une tumeur abdominale. Dans ces derniers mois, elle est devenue pour ainsi dire impotente. Examen : tumeur utérine, bosselée, remontant à l'ombilic, adhérente aux organes voisins, présentant à sa partie supérieure droite une tumeur plus petite, fluctuante, très douloureuse. Opération le 15 déc. 1890. Myomes multiples interstitiels, avec hématosalpinx droit volumineux. Plusieurs des myomes sont en voie de dégénérescence.

Les quatre observations qui suivent sont extraites de la thèse de Baudron : *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions annexielles*. Elles se rapportent à des cas traités par Segond à l'aide de l'opération de Péan.

OBS. 33. — *Fibrome de la paroi antérieure. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan — Guérison.*

Mme B... 46 ans, toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Quatre accouchements normaux. Il y a deux ans, fausse couche d'un mois. Depuis cette époque, douleurs dans la région coccygienne, principalement lorsque la malade est assise. Pas de métrorrhagies ni de pertes d'aucun genre. Règles normales.

Examen. Le toucher indique une masse volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, dépendant de l'utérus. Annexes grosses, surtout à droite, très douloureuses. — *Diagnostic.* Fibrome de la paroi postérieure. Salpingo-ovarite double.

Hystérectomie vaginale le 7 octobre 1893, suivant le procédé classique. Ablation bilatérale des annexes : hématosalpinx double. Sort guérie le 2 nov. 1893.

Obs. 34. — *Fibromes utérins. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.*

L... Jeanne, 36 ans, habituellement bien portante. Depuis 3 ans, les règles durent 8 jours, mais sont fort peu abondantes. Depuis février 1893, tous les deux mois, surviennent des pertes rouges fort abondantes, ayant souvent de l'odeur et durant un mois entier. Le mois suivant, il n'y a aucune perte rouge, mais un peu de flueurs blanches. Douleurs lombaires, étourdissements, fatigues. Pas de troubles digestifs. Cœur : souffle à la pointe au 1^{er} temps.

Examen. Utérus irrégulier, bosselé, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sa cavité mesure 11 cent. de chaque côté, les annexes forment une tumeur du volume d'un gros œuf, très douloureuse. — *Diagnostic.* Utérus fibromateux, hématosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 30 décembre 1893. Morcellement et évitement. Ablation de l'utérus en 51 morceaux Poids : 330 gr. Ablation complète des annexes. Hématosalpinx double.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 27 janvier 1894.

Obs. 35. — *Fibrome sous-muqueux de la paroi postérieure. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.*

M^{me} L... 38 ans. Règles à 14 ans, normales. 4 enfants : le 1^{er} il y a 10 ans ; après l'accouchement, ablation d'un polype de la grosseur du poing. Le dernier enfant, il y a 6 ans ; douleurs prolongées après l'accouchement.

Début il y a 3 ans, sans prodromes ni cause connue, douleurs généralisées à tout le ventre, phénomènes digestifs intenses (vomissements, constipation). La malade reste couchée pendant un mois. Puis, les phénomènes s'amendent, mais les règles restent douloureuses, prolon-

gées (12 à 15 jours) ; pertes dans l'intervalle intermenstruel. Œdème des jambes ; a eu l'année dernière de l'albuminurie.

Examen. Utérus mobile, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Hystéromètre, 14 cent. — *Hystérectomie vaginale* le 20 janvier 1894. Morcellement par évidement conoïde d'un fibrome intra-utérin unique, implanté sous la partie moyenne de la face postérieure du coup, la surface d'implantation est large comme deux pièces de cinq francs. Au-dessus du fibrome, dans la cavité utérine, s'est accumulée une sérosité noirâtre qui, pendant le morcellement, est venue souiller le champ opératoire. Après l'ablation du fibrome intra-utérin par section médiane et évidement conoïde, bascule antérieure de l'utérus. Les annexes, très adhérentes, sont énucléées, distendues, du volume du pouce, elles sont remplies de sang noirâtre. Suites opératoires bonnes. La malade sort guérie le 12 février 1894.

OBS. 36. — *Fibrome de la paroi antérieure. — Hématosalpinx double. — Opération de Péan. — Guérison.*

M^{me} H..., 48 ans ; depuis 2 ans, règles très abondantes ; prolongées ; depuis le mois de mai, pertes presque continues. Utérus à 3 travers de doigts au-dessus du pubis et de chaque côté, tumeur annexielle, dure, bosselée, douloureuse, comme une mandarine.

Hystérectomie vaginale le 30 janvier 1894. Morcellement et évidement. Ablation complète des annexes : hématosalpinx double. La malade part guérie le 4 mars 1894.

OBS. 37. — *Hématosalpinx gauche. Oblitération de l'orifice tubaire par un petit fibrome.* (FAUVEL, *Bull. de la Soc. anat.* XXX^e année, 1855, p. 395).

Bonne santé habituelle. A 28 ans, métrorrhagie continuelle, augmentant d'intensité à chaque époque menstruelle. A la suite d'une émotion morale, douleurs vives dans le ventre, lipothymie, météorisme. Mort au milieu des phénomènes généraux d'une hémorrhagie interne, sans aucun écoulement sanguin extérieur.

Autopsie. — Epanchement de sang dans l'abdomen : tous les organes sains, excepté la trompe gauche qui présente une tumeur contenant des caillots sanguins, et du volume d'un œuf de pigeon, où existe une déchirure ayant donné lieu à l'hémorrhagie. L'orifice utérin de la trompe est fermé par une petite tumeur fibreuse.

OBS. 38. — *Hématosalpingite. — Fibrome utérin. — Ablation des annexes.* (BOUILLY, *Soc. de chir.* 16 mars 1887.) (très résumée).

X..., 43 ans, souffre du ventre depuis 3 ans. Métrorrhagies incoercibles, anémie profonde. Fibrome utérin enclavé dans le petit bassin.

Ablation des annexes. La trompe gauche est transformée en un gros cylindre du volume du pouce, oblitérée et remplie de sang, adhérente à l'ovaire, ses parois sont très amincies.

Hématosalpinx, consécutifs à la torsion du pédicule dans trois cas de salpingite.

OBS. 38. — DELBET. *Société anatomique*, 8 avril 1892.

Félicie R..., 39 ans, ne présente rien dans ses antécédents que quelques douleurs pelviennes de peu d'intensité. Le 20 février 1892, vers 4 heures du soir, elle se promenait dans la rue, lorsqu'elle est prise subitement d'une horrible douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Sous l'influence de cette douleur syncopale, elle tombe et ne peut se relever. On la ramasse et on la transporte à la Charité, pendant le trajet, elle est prise de vomissements qui continuent toute la nuit et la matinée du lendemain. Je la vois pour la première fois vers midi. Les vomissements ont continué, et se sont reproduits une vingtaine de fois : elles n'ont pas le caractère fécaloïde et la malade n'a rendu ni matières, ni gaz par l'anus, elle est préoccupée, agitée, se rendant parfaitement compte de son état. Le facies est rouge, le pouls assez plein, quoiqu'un peu rapide, la température normale. L'abdomen est plutôt rétracté que ballonné. Les douleurs spontanées ont toujours pour siège la région iliaque gauche, la palpation, particulièrement dans cette région, les augmente à tel point que tout examen sérieux est impossible. Je pratique le toucher rectal et le toucher vaginal ; mais comme il est impossible d'y joindre la palpation hypogastrique, ces examens ne révèlent rien, si ce n'est que le rectum est libre. Les symptômes de l'occlusion étaient très nets, absence de selles et de gaz, vomissements ; comme le début avait été très aigu, très brutal, je pensai qu'il s'agissait soit d'un étranglement par bride, soit d'un volvulus de l'S iliaque, et je proposai la laparotomie immédiate qui fut acceptée (21 février).

Incision sous-ombilicale sur la ligne blanche. Le péritoine ouvert, je glisse la main du côté de la fosse iliaque gauche, puis dans le petit bassin du même côté, et après avoir déplacé quelques anses intestinales

mollement adhérentes, je sens une tumeur qui me fait de suite penser à une salpingite. J'amène sans difficulté cette tumeur dans l'incision et hors de l'abdomen. Elle est dure, absolument noire, et paraît formée de deux parties adossées à peu près comme le serait une anse intestinale dont les deux bouts adhèreraient l'un à l'autre par leur bord mésentérique. Le pédicule est très mince, du volume du petit doigt à peu près, et on y voit nettement des replis en volute qui indiquent une torsion évidente. Je pensai alors qu'il s'agissait d'une anse intestinale atteinte de volvulus, et je la détordis en faisant exécuter à la tumeur trois demi-tours. Mais aucune circulation ne se rétablit et la pédicule restait grêle. Je dévidai alors tout l'intestin grêle et put constater que la tumeur n'en faisait pas partie. Pendant ce temps, la narcose s'était complétée, l'examen était plus facile ; je constatai nettement que le pédicule, au-delà de sa partie rétrécie, divergeait en dedans vers la corne utérine, en dehors vers le détroit supérieur, puis j'amenai dans la plaie l'ovaire qui était situé au-dessous de la partie rétrécie. Il était dès lors évident qu'il s'agissait d'une salpingite, et après avoir lié le pédicule, j'enlevai la trompe et l'ovaire. J'explorai alors les annexes de l'autre côté ; et trouvant la trompe oblitérée et distendue par une légère quantité de liquide, je l'enlevai également avec l'ovaire. Lavage du péritoine avec une solution boriquée tiède ; drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Suture.

Le malade a parfaitement guéri sans autre incident que quelques vomissements survenus le sixième jour et qui ont cédé d'une manière définitive à un lavage de l'estomac.

Il est facile de voir qu'il s'agit bien d'une trompe, et que la portion externe de la trompe, repliée le long de la portion interne, arrive jusqu'au niveau du pédicule et simule assez bien une anse intestinale dont les deux bouts seraient adhérents par leur bord mésentérique. — La torsion a déterminé une stase veineuse s'observant par la coloration noirâtre de la trompe, et des hémorrhagies dans la cavité car le contenu de la trompe était hématique.

OBS. 39. — BLAND SUTTON (*Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*. London 1891).

« La torsion se rencontre dans l'hydrosalpinx. Le seul cas que je connaisse vient de la pratique de mon collègue Henri Morris. Je l'aidai dans son opération et pus ainsi constater l'état des parties.

Il s'agissait d'une hydrosalpingite typique. Le liquide contenu était

de couleur chocolat. La portion de trompe intermédiaire au kyste et à l'utérus était fortement tordue, de 3 tours et demi. Le kyste adhérait aux parties voisines du ligament large et au péritoine pelvien. Il recevait certainement des vaisseaux nutritifs de cette source, ses connexions asculaires normales se trouvent supprimées. »

OBS. 40. — HARTMANN ET REYMOND (*Ann. de gyn. et d'obst.*, sept. 1894). Résumée.

Rosalie H..., entre le 9 juillet 1894, à Bichat, service de M. Terrier, supplée par Hartmann. Régée à 16 ans, pas d'enfants, ni de fausses couches. Il y a 6 mois, douleurs abdominales et apparition d'une tumeur abdominale que la malade sent elle-même au-dessus du pubis, Nous la voyons il y a deux mois et diagnostiquons une double salpingite.

Il y a 6 semaines, brusquement, douleurs intenses qui n'ont pas cessé depuis. Aujourd'hui, tumeur plus volumineuse et plus douloureuse qu'au premier examen. Elle occupe l'hypogastre, la moitié gauche de la région ombilicale et la fosse iliaque du même côté. Elle est tendue, résistante ; par le toucher, on la sent facilement en avant et un peu à gauche du col. En arrière et à droite du col, masse lobulée tendue et résistante.

Laparotomie le 24 juillet 1894. La grosse tumeur adhère de tous côtés, à la paroi, à l'intestin grêle ; on la fonctionne : 400 gr. de sang. La décortication terminée, on arrive à un pédicule gros comme l'index, tordu dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, relié à la corne gauche de l'utérus qui avait lui-même pivoté d'un demi-tour. Annexes droites kystiques et adhérents, enlevés. Guérison.

Examen des pièces. — Le pédicule tordu, gros comme l'index, se compose de plusieurs éléments enroulés en spirale, entre autres de l'extrémité utérine de la trompe ; au delà, les parois tubaires sont très épaissies et infiltrées de sang. La kyste contenait 400 grammes de sang ayant la couleur du sang veineux. A droite hydrosalpinx à parois minces.

L'examen histologique montre une apoplexie des parois extrêmement marquée : chacun des faisceaux conjonctifs ou musculaires « semble nager dans le sang ». Les veines sont très dilatées ; quant aux artères, celles de moindre importance étaient perméables car elles contiennent du sang normal, mais les artères d'un gros calibre renferment des tra-

vées de fibrine. Il s'agit d'un caillot tendant à s'organiser ; la paroi artérielle est elle-même apoplectique.

(Cette observation est complétée par un examen histologique et bactériologique extrêmement intéressant, qu'il serait malheureusement trop long de reproduire ici).

Hématosalpinx et grossesse tubaire avortée.

OBS. 41. — *Hématome de la trompe.* — (MARTIN. *Congrès des naturalistes et médecins allemands*, Heidelberg, sept. 1889).

Derrière l'utérus, qui n'était pas augmenté de volume, et sur le côté droit, il y avait une tumeur du volume d'un œuf, qui avait pendant longtemps causé des hémorrhagies. La curette montra que la muqueuse de l'utérus était normale. Diagnostic probable : grossesse tubaire.

La laparotomie fut pratiquée, et une tumeur tubo-ovarienne adhérente fut totalement extirpée ; guérison.

La trompe contenait un hématome sous-péritonéal qui communiquait avec sa lumière en un seul point ; en ce point seulement, Martin trouva des *villosités choriales*. Il pense que la plupart des cas d'hématome tubaires sont en réalité des grossesses extra-utérines.

OBS. 42. — *Hématosalpinx rompu. Villosités choriales.* — (HANKS. *Am. J. of obst.* Janv. 1890).

La malade est en collapsus grave. Le chirurgien perçoit près de l'ovaire droit et dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur qu'il diagnostique pyo-salpinx et qu'il opère d'urgence. La tumeur se compose de la trompe et de l'ovaire droits, enveloppés de caillots dus à la rupture de la trompe. Guérison rapide.

Bien qu'aucun embryon ne fût aperçu, les villosités choriales ne laissent aucun doute sur l'existence de la grossesse tubaire.

OBS. 43. — *Grossesse tubaire reconnue au microscope.* — *Hématocèle consécutive.* — (ORTHMANN. *Soc. de gyn. et d'obst.* de Berlin, 27 fév. 1890).

Femme de 33 ans, reçue à la clinique de Martin le 27 janvier, pour hémorrhagies qui ont débuté le 21 décembre en même temps que des douleurs vives à gauche. Anémie et syncopes. 2 accouchements, le dernier il y a 2 ans 1/2, et 2 avortements, le dernier il y a 6 ans.

Examen : à gauche de l'utérus, tumeur grosse comme une petite pomme.

Laparotomie le 1^{er} février. Cavité abdominale en partie remplie de caillots, en partie de sérosité foncée. A l'extraction de la tumeur, on voit à l'orifice abdominal de la trompe, un caillot du volume d'un œuf de pigeon. Extirpation des annexes. L'examen microscopique permet de constater la présence de caduque et de villosités chorales.

OBS. 44. — RICHELOT et PILLIET. *Hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie et castration ovarienne. — Guérison. — Grossesse tubaire démontrée par l'examen microscopique.*

La partie clinique de cette observation est relatée dans les thèses de Dagot et Christayanaki. Nous n'en donnerons qu'un très court résumé.

Femme de 30 ans. Réglée depuis l'âge de 15 ans, abondamment, avec un peu de retard, mais sans douleur. 2 accouchements après lesquels la menstruation se rétablit avec les mêmes caractères. Six mois après le second, crise douloureuse qui la force à s'aliter pendant 24 heures ; depuis, elle a toujours souffert du ventre ; ces douleurs ont augmenté au printemps dernier. Crise nouvelle au commencement d'octobre, durant 3 heures. Entre dans le service de M. Richelot le 6 décembre 1889.

Examen : Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur grosse comme une tête de fœtus de 7 mois, ronde, lisse, régulière, ferme, séparée du col par un sillon net, peu douloureux. Dans le cul-de-sac antérieur, masse arrondie. Utérus mobile.

Laparotomie le 7 décembre. Magma de caillots noirs dans le cul-de-sac, dans lequel se perdent les annexes à droite et à gauche. Celles-ci sont réséquées des deux côtés. Suites opératoires longues. La malade sort le 19 janvier 1890.

A droite, la *trompe*, grosse comme l'index, est fluctuante, bleuâtre, perméable, à son extrémité utérine par laquelle on fait sourdre du sang noir. Le pavillon indistinct, adhère à l'ovaire. A gauche, *ovaire* entouré de dépôts fibrineux ; la trompe est dilatée et renferme un caillot gros comme un œuf de pigeon.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, a été communiqué à la Société anatomique (mars 1891). Nous l'avons déjà reproduit en étudiant les lésions microscopiques de la grossesse tubaire avortée ; nous n'y reviendrons donc pas. Disons seulement que les villosités cho-

riales, avec les caractères spéciaux qu'elles ont dans ces cas, étaient très nettes.

OBS. 45. — REYNIER et PILLIET. *Hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie. — Grossesse tubaire démontrée par l'examen microscopique.*

V. pour la partie clinique, rédigée par M. Reynier : *Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 8 avril 1891.

Pour l'examen histologique, v. *Bullet. de la Soc. anat.*, avril 1891. M. Pilliet a démontré la présence de villosités choriales, mais moins abondantes que dans l'observation précédente. C'est dans ce cas qu'il a observé les particularités vasculaires dont nous avons parlé au chapitre de l'anatomie pathologique (v. plus haut, page 51).

OBS. 46. — *Avortement tubaire et hématosalpinx double.* (ALBAN DORAN. *Brit. med. Journ.* 10 oct. 1891).

X..., 36 ans, mariée depuis 13 ans, un enfant 3 ans après. Puis, au bout de 2 ans, douleurs abdominales violentes précédées d'un retard des règles, et qui ont persisté depuis. Laparotomie. La trompe gauche est dilatée, pleine de sang, déchirée près de son extrémité externe. Caillots dans le péritoine. La trompe droite est remplie aussi de caillots et de sang liquide. Ablation bilatérale des annexes. Guérison.

La trompe droite présentait des traces de villosités choriales.

Le sang contenu dans la trompe gauche y avait probablement pénétré par l'utérus et venait de la trompe droite (?)

OBS. 47. — *Grossesse extra-utérine et hématosalpinx. Kyste fœtal, tubaire, extrait par laparotomie.* (DOLÉRIS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.* 1891).

Mme B..., 27 ans. Réglée depuis l'âge de 13 ans, très régulièrement. Mariée à 21 ans, pas d'accouchement, ni de fausse couche. Traitée en février 1886 pour une métrite. Revient en décembre 1889. Aménorrhée absolue pendant les mois de septembre et octobre. A la fin de novembre, elle a eu une perte accompagnée de souffrances atroces et suivies de l'expulsion d'une membrane qui a été rendue en trois fragments.

L'examen de la malade est pratiquée le 14 décembre, par M. Doléris,

après anesthésie. L'utérus, en antéflexion accentuée, mesure 8 cent. Dans le cul-de-sac de Douglas, tumeur qui paraît s'étendre davantage du côté gauche, irrégulière, résistante, d'un développement modéré et très douloureux au toucher lorsque la malade se réveille.

Les deux mois d'aménorrhée et l'absence de réaction fébrile donnent à penser à M. Doléris qu'il s'agit là d'ovaro-salpingite chronique avec accumulation du sang dans la trompe. Curettage utérin.

Le 17 décembre, *laparotomie*. Incision de la paroi abdominale très épaisse, adipeuse. La trompe gauche est enclavée au sein d'un exsudat membraneux, très dense. Cependant quelques adhérences postérieures très friables se laissent déchirer du bout des doigts. Cette effraction donne issue à un sang, sirupeux, mélangé de caillots. La voie étant faite, l'opérateur dégage la tumeur et l'enlève ainsi que l'ovaire perdu dans la même gangue exsudative.

Du côté droit, la trompe est libre, légèrement épaissie ; l'ovaire, du volume d'un petit œuf de poule, est solidement implanté dans le cul-de-sac de Douglas, et présente un kyste gros comme une noix qui se rompt sous la pression du doigt et laisse échapper quelques caillots. Une portion de la paroi du kyste est laissée adhérente et comme incrustée dans le cul-de-sac. Le reste de l'organe est enlevé, non sans peine avec la trompe correspondante. La malade est guérie sans incident.

Examen des pièces. — La trompe droite est saine. Son enveloppe ligamenteuse est un peu épaissie et congestionnée. L'ovaire correspondant, notablement augmenté de volume, mais de consistance à peu près normale, n'offre de remarquable qu'un kyste sanguin intrafolliculaire dû à la péri-ovarite. L'ovaire gauche est sclérosé.

La trompe gauche, entourée de fausses membranes parcheminées, est distendue dans son segment moyen sous forme d'une tumeur ovoïde, de coloration violacée. En l'ouvrant, on la trouve moulée sur une masse noirâtre, qui au premier abord a toutes les apparences d'un caillot sanguin de vieille date. Mais, en y regardant de plus près, on arrive à dissocier à sa surface deux membranes : la plus extérieure rougeâtre, fongueuse, est adhérente par places à la paroi tubaire, par des tractus filamenteux et se montre nettement constituée à l'examen histologique par des villosités chorales en dégénérescence granuleuse. La membrane la plus interne, très mince et transparente, a tout l'aspect de l'amnios.

Quant à la masse principale qui recouvre ces deux membranes, elle paraît surtout composée de granulations graisseuses et de pigments sanguins. Il s'agit donc manifestement d'une grossesse ectopique dont le fœtus est mort depuis trois semaines environ, si l'on s'en rapporte

à la date de l'expulsion de la caduque, et qui pouvait être âgé à cette époque de six à sept semaines. L'œuf est relié à la face inférieure de la trompe, sur les limites de son segment interne, par un pédicule fibreux tapissé comme du reste toute la surface tubaire, par un lit de cellules déciduales duquel s'élèvent çà et là des débris de villosités choriales. La paroi musculaire de la trompe formée de couches alternatives de fibres transversales et longitudinales est considérablement hypertrophiée. La loge qui contient l'œuf se termine à un centimètre environ du pavillon. A partir de ce point, le calibre de la trompe est normal.

OBS. 48. — *Grossesse tubaire.* (HEIBERG. *Forhandl. idet norske med. Selskal*, 1891).

Dans la trompe droite, existait une tumeur sanguine de la grosseur d'une noix; on trouva des villosités choriales et pas de fœtus (*In Repert. univ. d'Obst. et de Gyn.* 1892).

OBS. 49. — TEILHABER. *Hématome tubaire causé par une grossesse tubaire.*

Il s'agit d'une femme IV pare chez laquelle on fit la laparotomie pour une tumeur datant de quelques semaines. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un hématome tubaire avec grossesse. (*Centralb. für Gyn.*, 28 nov. 1891).

OBS. 50. — *Hématosalpinx consécutif à un avortement tubaire.* (PILLIET *Progrès médical*, 7 avril 1894.)

La nommée Clara, Gabrielle, modiste, âgée de 23 ans, entre le 28 novembre 1893, dans les service de M. le professeur Tillaux, salle Gosselin, lit n° 13. — Il y a deux ans, accouche d'un enfant qui meurt au bout de cinq jours. Vers la fin d'août 1893, sans arrêt constaté des règles, la malade est prise de métrorrhagies très abondantes contre lesquelles elle emploie des injections très chaudes. A la fin de septembre survient une méthorrhagie plus abondante avec caillots et dans laquelle on trouve une membrane. Depuis cette métrorrhagie, un léger écoulement sanguin persiste tous les jours. Elle entre à la Charité le 28 novembre 1893. A son entrée, l'examen des organes génitaux montre un utérus gros, douloureux, antéversé. Le col n'est pas mou, ni gros. Du côté

droit, on trouve au fond du cul-de-sac, une tumeur petite, dure, mobile et douloureuse. Rien à gauche. L'état général est bon, bien que la malade ait eu une hémoptysie et que l'auscultation dénote quelques légers craquements au sommet gauche.

Ae 19 décembre 1893, la laparotomie est pratiquée par M. le professeur Tillaux, qui fait l'ablation des annexes droites. Dans la trompe droite, on trouve un caillot sanguin. L'ovaire droit est scléreux, rien à gauche. Les suites opératoires sont excellentes : la malade guérit sans accident.

Examen de la pièce. — La trompe est entamée et comme doublée dans toute sa portion ampullaire par des caillots cloisonnés, enfermés dans de minces membranes. On l'incise et l'on constate à sa surface interne la présence d'un caillot adhérent, pédicule, du volume d'une noisette. L'ovaire est scléreux.

Les coupes histologiques font voir que la cavité de la trompe est fort dilatée, irrégulière, et cloisonnée en certains points. Les franges sont en effet luxuriantes et se sont en beaucoup de points soudées les unes aux autres, par leurs extrémités libres de façon à former à la fois de petits kystes de la muqueuse et des diverticules profonds qui traversent la musculuse et vont jusque dans le péritoine. Cet aspect est le résultat d'une inflammation antérieure de la trompe : en effet M. le professeur Cornil a montré la fréquence de la soudure des franges enflammées et de production de kystes par ce moyen. D'autre part il est connu, et j'en ai montré à la Société anatomique un exemple net, sur une pièce enlevée par M. le professeur Tillaux, que ces kystes peuvent faire saillie sous le péritoine et former des grappes de vésicules de volume inégal qui paraissent appendues à la partie extérieure de la trompe et indépendantes de la muqueuse tubaire dont elles dérivent pourtant. C'est ce qui s'est produit ici, mais tous ces diverticules dont quelques-uns sont encore tapissés de leur épithélium à cellules prismatiques sont remplis de sang : et c'est ce qui explique la présence des caillots cloisonnés que nous avons signalés à la superficie de la trompe.

Les coupes passant par le caillot interne et comprenant son pédicule montrent qu'il est composé de couches alternatives de sang et de fibrine au milieu desquelles on retrouve des villosités placentaires grêles, et à peu près complètement dépourvues d'arborisations latérales. Pas de cavités amniotiques, mais l'œuf avait dû être expulsé au moment de l'avortement.

On peut donc reconstituer ainsi l'ordre des faits : Salpingite avec production des diverticules sous-péritonéaux ; greffe ovulaire sur cette

trompe enflammée, ce qui confirme la thèse de Lawson-Tait sur la nécessité d'une dénudation préalable de la muqueuse pour que la greffe puisse prendre, et enfin avortement incomplet au cours duquel les diverticules de la trompe se sont remplis de sang.

OBS. 51. — *Hématosalpinx consécutif à un avortement tubaire.*
(PILLET, *Progrès médical*, 7 avril, 1894).

La nommée Cuch. . ., Louise, âgée de 30 ans, entre dans le service de M. le professeur Tillaux, à la Charité, le 22 novembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans, fluxion de poitrine : mère, kyste ovaire, morte à Pascal, à 33 ans. — Antécédents personnels. Mariée il y a 3 ans : un enfant en 1891, mort 3 mois après.

Maladie actuelle. — 13 janvier 1893, accouche d'un enfant de 8 mois à la Pitié, l'enfant meurt 7 mois après de diarrhée infantile. En février, souffrant beaucoup, va consulter à la Pitié (en médecine), on diagnostique métrite, cependant souffrant alors plus à gauche. Les règles reviennent dans le courant de février. Mars et avril : rien de nouveau, mêmes douleurs, aucun traitement. Mai, juin, juillet, août : rien de nouveau. Fin août 1893, les règles ne viennent pas à l'époque attendue ; la malade croit alors être enceinte. Fin de septembre, perte abondante pendant 8 jours avec caillots parmi lesquels la malade trouve une masse charnue du volume d'une mandarine. Le médecin trouve alors une tuméfaction dans le cul-de-sac gauche. Depuis ce temps les douleurs continuent, pertes légères tous les jours. Entrée à la Pitié, service de M. le professeur Tillaux, le 11 octobre 1893.

Examen alors. — Douleurs dans le bas ventre, surtout à droite. Toucher très douloureux. Tumeur volumineuse (poing) dure, douloureuse, dans le cul-de-sac gauche et postérieur, accolée à l'utérus et appliquée sur lui jusqu'au col, impossible d'en différencier le corps utérin. Rien à droite. — Malade très affaiblie, pâle, anémiée, mise au repos du 11 octobre au 22 novembre. A cette date, douleurs très diminuées, pas de température. Au toucher, utérus un peu gros, col mou, très abaissé, mobilité assez grande. A gauche, à l'union du cul-de-sac postérieur et gauche, tumeur du volume d'un œuf petit, molle douloureuse. S'étend en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et descend à gauche beaucoup moins bas qu'à la Pitié. A droite, tumeur plus petite accolée à la corne droite et se prolongeant en avant, moins sensible. Les pertes légères journalières continuent quelques jours, puis cessent vers le 25 novembre. — Le 27 novembre réapparition des règles avec

abondance. Durée 2 à 4 jours, puis un suintement peu abondant reste comme auparavant.

Opération le 7 décembre, ablation des annexes malades. Suites excellentes. La malade est sortie le 30 décembre, en très bon état

Examen de la pièce. — La trompe et l'ovaire forment une masse unique, cloisonnant un caillot dont l'ensemble égale le volume du poing. Ce caillot est formé de couches alternatives de sang noir coagulé, de fibrine et de sang rose, en voie de décoloration et de transformation fibrineuse. Son centre est occupé par une cavité amniotique assez grande, lisse, et contenant un liquide clair. Il n'y a pas trace de fœtus.

Les coupes faites à la limite du caillot et d'une portion de trompe encore recouverte de son épithélium, ont montré que le caillot s'insère directement sur la trompe, mais il n'existait pas de villosités au point examiné. La présence de la cavité amniotique suffisant à légitimer le diagnostic, on n'a pas multiplié des recherches qui auraient eu pour premier résultat l'anéantissement de la pièce.

Le caillot était considérable, malgré un avortement antérieur, ce qui montre bien comment ces poches tubaires se remplissent peu à peu. Il n'est pas à présumer que le fœtus ait été expulsé lors de cette première perte, où la poche amniotique était intacte. Il s'était simplement résorbé; ce qui arrive souvent dans ces cas sans qu'on connaisse par quel mécanisme.

OBS. 52. — *Grossesse tubaire double.* DRANITZINE.

La malade a été soignée il y a 18 mois pour une grossesse tubaire *gauche*, qui n'a pas nécessité une intervention chirurgicale. Récemment elle est de nouveau entrée à l'hôpital avec des métrorrhagies abondantes.

Laparotomie. Ablation de la trompe *droite* remplie de caillots sanguins. On n'a pas trouvé l'embryon, mais les villosités choriales étaient très nettes au microscope. Les annexes gauches étaient entourées de fausses membranes, le pavillon de la trompe *gauche* considérablement élargi, permettait l'introduction d'un doigt et contenait une masse du volume d'une grosse noix, formée au centre par un caillot, et à la périphérie par des couches de tissu conjonctif infiltré de sels calcaires. Ainsi fut confirmé le diagnostic de grossesse tubaire gauche posé il y a 18 mois. La malade est sortie guérie.

OBS. 53. — *Hématosalpinx volumineux prévésical*. — *Laparotomie*. — *Abtation complète*. — *Guérison*. (CHAPUT. Soc. anat. Octobre 1894).

M^{me} X..., âgée de 39 ans, ménagère, entre le 11 juin 1891, à la Salpêtrière dans le service de M. Terrillon que j'ai l'honneur de remplacer. Comme antécédents, je note : pas de maladies antérieures. Règlée à 14 ans, régulièrement d'abord. Les règles duraient huit jours et étaient peu douloureuses. Pas d'enfants, pas de fausses couches, pas de blennorrhagie.

Il y a huit ans, la malade fut prise pour la première fois, au moment de ses règles, d'une perte qui dura un mois, perte accompagnée de violentes coliques avec irradiations dans les reins et dans les cuisses. Elle entra pour cet accident à Cochin où elle resta huit jours. Quelques jours après sa sortie, la malade s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du ventre, une tumeur du volume d'un œuf.

Depuis cette époque, elle a eu quelques fortes pertes, mais peu nombreuses, toujours au moment des règles. Au mois d'avril dernier les règles sont fort abondantes avec fortes douleurs utérines. Même répétition en mai. Actuellement la malade souffre en urinant, les mictions sont fréquentes : constipation opiniâtre.

Examen physique. — Le ventre mesure 74 cent. de circonférence. Il est soulevé par une saillie médiane, arrondie, s'étendant du pubis à l'ombilic ayant tous les caractères d'une vessie distendue. Au toucher, le col utérin est refoulé contre la bande ischio-pubienne gauche : le corps utérin se prolonge à droite, on le retrouve par le palper bi-manuel dans la fosse iliaque de ce même côté. En arrière de la tumeur liquide, existe une masse arrondie, dure, qui se continue avec l'utérus et réciproquement.

Le 1^{er} juin, le cathétérisme de la vessie permet de constater que la tumeur est prévésicale. La ponction donne issue à un liquide brunâtre, hématique (400 gr. environ).

La malade sort de l'hôpital le 28 juin, elle revient le 16 juillet. Les règles surviennent le 16, elles ont été très abondantes et douloureuses les premiers jours. Le ventre n'est plus aussi volumineux. A la palpation de l'abdomen on constate au-dessus du pubis une tumeur du volume d'une orange, médiane et de consistance dure. Au toucher, l'utérus est revenu sur la ligne médiane, mais se trouve en rétroflexion. Au devant de lui et dans le cul-de-sac antérieur on trouve la tumeur abdominale

ovoïde, arrondie, inclinée en haut et à droite, lisse, tendue, fluctuante au palper bi-manuel. En pressant sur la tumeur par l'abdomen on imprime un mouvement transversal, la tumeur est donc simplement accolée à l'utérus. Les annexes gauches sont un peu volumineuses; celles de droite ne sont pas distinctes.

Laparotomie médiane, le 23 juillet: à gauche, les annexes saines sont laissées en place. On trouve une tumeur prévésicale du volume d'une orange, adhérente à l'épiploon à l'intestin, à l'appendice ilio-cœcal et à la vessie, à l'ovaire qui lui est accolé. La tumeur est péniblement énucléée et le pédicule, inséré sur l'utérus, est lié par une double ligature en chaîne et coupé au thermo-cautère. Ligature des adhérences à la grosse soie plate.

Examen des pièces. — La tumeur enlevée est constituée par une poche unilobaire à parois épaisses, à la partie inférieure de laquelle se trouve la trompe qui rampe à la surface dans l'étendue de 6 cent. L'ovaire apoplectique est collé à la tumeur. Le liquide contenu dans la poche est du sang altéré; la surface interne de la cavité présente des cotylédons aplatis et par places des surfaces lisses, jaunâtres, d'apparence fibrineuse.

L'examen histologique, fait par M. le Dr Pilliet, a montré la présence de villosités choriales nombreuses dans le caillot. L'œuf apoplectique s'est développé vraisemblablement dans un diverticule de la trompe; il s'est créé une poche à part, mais en continuité avec le conduit tubaire. L'apoplexie de l'ovaire est banale: c'est celle que l'on rencontre dans les inflammations ordinaires.

OBS. 54 — PILLIET et AUVRAY. *Grossesse tubaire compliquée d'hématocèle et accompagnée d'hémorrhagies abondantes.* — (Soc. anat. juin 94).

Mme M..., âgée de 30 ans. Entrée le 14 avril 1894, salle Gosselin, dans le service de M. le professeur Tillaux à la Charité.

Dans les *Antécédents héréditaires* rien à signaler.

Antécédents personnels. — Règlée à 16 ans, d'une façon normale: les premières règles s'accompagnant d'un état nerveux qui persiste pendant quelques temps. La durée des règles était d'environ 6 jours. Mariée à 20 ans. La malade, à 23 ans, a vu ses règles se prolonger pendant trois semaines, et en même temps elle éprouvait une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique. Pertes blanches abondantes. Peu

à peu les douleurs devinrent plus intenses, les mictions fréquentes et douloureuses, les urines troubles. La malade fut traitée par le repos et des applications locales d'onguent mercuriel. Il semble qu'il y ait eu à cette époque une infection d'ordre blennorrhagique avec retentissement sur les annexes. Depuis cette époque, les pertes blanches ont continué et augmenté.

A 29 ans, à la suite d'une période menstruelle, est survenue une perte abondante de caillots noirâtres. A 30 ans, en janvier 1894, retard de quinze jours dans les règles. Puis tout à coup sont survenues des pertes sanguines qui ont persisté et contre lesquelles on administra de l'ergotine. Le 6 février, la malade perdit un volumineux caillot de sang noir, et cette perte s'accompagna d'une douleur dans la région ovarienne gauche et les reins : la douleur fut si vive que la malade perdit connaissance. A cinq ou six reprises, mêmes pertes de caillots suivies des mêmes douleurs, surtout à gauche.

Examen local. — A l'inspection, légère augmentation de volume de l'abdomen, principalement dans sa partie latérale gauche. A la palpation, on perçoit une tumeur qui plonge en bas dans le petit bassin et remonte dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche. La tumeur est lisse, régulière, du volume d'une tête de fœtus, de consistance rénitente, élastique. Au toucher vaginal, la tumeur élastique, rénitente, refoule à droite l'utérus dont elle est séparée par un sillon très net. On songe alors à une volumineuse salpingite développée aux dépens des annexes gauches.

Opération. — Ouverture de la paroi. — On trouve une tumeur présentant le volume d'une tête d'enfant, lisse, se laissant déprimer sous le doigt, indépendant de l'utérus.

La tumeur incisée renferme au moins 500 gr. de caillots noirâtres, que l'opérateur enlève à l'aide de ses mains. Les parois de la poche se laissent ensuite facilement décortiquer : elles sont de consistance molle, épaisses au moins de un centimètre, leur adhérence à la paroi de l'excavation pelvienne est peu marquée. L'opération est assez laborieuse. Les annexes gauches et droites sont enlevées. Un lavage de la cavité abdominale est fait à l'eau bouillie.

Les suites furent excellentes, la guérison rapide. Le rétablissement est complet. La malade, revue un mois après l'opération, est dans un parfait état.

Examen de la pièce, par M. Pilliet. — Sur les pièces enlevées, on distingue nettement la trompe largement dilatée et montrent en un point des caillots adhérents, et une masse qui lui est accolée. Cette

masse, qui formait la partie principale de la tumeur, est formée par une paroi conjonctive d'aspect feutré et par un contenu sanguin. Le sang n'est pas liquide mais coagulé en caillots rouges. Il existe un orifice de communication qui pourrait admettre un manche de gros porte-plume entre la trompe et cette poche sanguine.

L'ovaire correspondant montre des foyers hémorrhagiques, il est peu volumineux : celui du côté opposé est gros et scléro-kystique avec une trompe à peu près saine. L'examen histologique a porté sur la trompe, la poche sanguine et l'ovaire.

La trompe est fort épaisse, ses fibres musculaires lisses sont augmentées de volume : des franges sont en grande partie abaissées, et au niveau du caillot adhérent, dans une surface ne dépassant pas la largeur d'une pièce de deux francs, il existe des villosités placentaires petites, grêles, sans prolongements, mais nettement reconnaissables. Elles sont toutes en transformation fibreuse plus ou moins avancée. Le caillot qui les englobe est composé de couches de fibrine stratifiées et de sang épanché encore reconnaissable, c'est donc un mélange de caillots anciens comme dans tous les cas de ce genre.

La poche hématique est constituée par une paroi de tissu conjonctif fibroïde, feutré, organisé, mais ne contenant pas de fibres musculaires lisses. Ce n'est donc pas la paroi de la trompe distendue, ce ne paraît pas être une néomembrane organisée. Il est plus probable, d'après l'état fibreux de la paroi connective, que l'hématocèle a été sous-péritonéale, sans qu'on puisse toutefois être affirmatif à ce sujet. Les caillots adhérents à la poche sont anciens et ne contiennent pas de villosités placentaires.

L'ovaire n'a que des lésions anciennes : mais il existe une apoplexie diffuse, interstitielle, qui s'est produite autour d'un corps jaune hémorrhagique.

Hématosalpinx avec évacuation spontanée par l'utérus.

OBS. 55 (très résumée). — BERNUTZ (*Arch. gén. de méd.* 1848).

Lacasse, lingère, 26 ans, entre à Saint-Antoine le 24 octobre 1844, pas d'accouchements antérieurs. Le 5 ou 6 de ce mois, pendant sa période menstruelle, elle se lava les parties génitales avec de l'eau froide : arrêt du flux, douleurs dans la fosse iliaque gauche, ténésme vésical. Au-dessus de l'arcade de Fallope gauche, tumeur profonde, arrondie, adhérente à sa partie interne à l'utérus dont elle est séparée par un sillon, élastique, presque fluctuante.

Le 26 et le 27, vomissements, douleurs vives. Le 28, amélioration qui a débuté hier soir, en même temps qu'apparaissait à la vulve un écoulement sanguin qui persiste aujourd'hui.

Le 29, l'écoulement continue, les douleurs diminuent beaucoup. L'amélioration s'accroît, et, quand la malade quitte l'hôpital, le 14 novembre, on ne sent plus qu'une légère induration dans la fosse iliaque gauche.

OBS. 56. — LETENNEUR. (*Gaz. des hôpitaux*, 1864, p. 410 (1).

« Une jeune fille de 25 ans, qui en 1856 avait éprouvé tous les accidents dépendant d'une hématocele péri-utérine, présentait, dans l'intervalles de ses règles un écoulement continu de sang noirâtre. Cet écoulement augmentait par la marche, et surtout *par la pression sur une tumeur existant dans la fosse iliaque. Lorsque l'écoulement était très abondant, la tumeur s'affaissait et semblait disparaître.*

La guérison eut lieu, mais il restait de l'endolorissement et un certain empatement mal circonscrit dans le point où siégeait précédemment la tumeur.

L'année dernière, l'hématocele s'est reproduite avec des symptômes très alarmants, l'écoulement se fit par l'utérus, comme autrefois; aujourd'hui, tout est terminé ».

OBS. 57. — LAW FORD KNAGGS. (*Brit. med. Journ.* 13 mai 1893).

Femme de 44 ans. Syphilis et gonorrhée 15 ans auparavant; 4 enfants avant l'infection vénérienne. En 89, un jour après la cessation des règles, écoulement subit d'un liquide noirâtre et odorant, qui dure 24 heures et est suivi d'un écoulement jaune verdâtre, pendant 14 jours. Douleur dans la région ovarienne gauche. En 91, reproduction du même phénomène. A l'examen : douleur de la région ovarienne gauche, utérus dévié à droite et en haut, par une tumeur qui siège dans le ligament large gauche, a le volume d'une tête fœtale et est séparée de l'utérus par un sillon. En même temps, écoulement noirâtre. Diagnostic : héma-

(1) Letenneur considère la tumeur comme une hématocele rétro-utérine qui se serait vidée par la trompe et l'utérus. Il nous paraît bien plus logique de penser qu'en réalité il s'agissait d'un hématosalpinx; en effet, le reflux du sang du péritoine dans la trompe nous semble plus que problématique.

tosalpinx. La tuméfaction disparaît en 2 ou 3 semaines, et il ne reste que de l'épaississement. A l'opération, petite collection de muco-pus dans la trompe.

L. Knaggs, pense qu'ils s'est formé une collection sanguine pendant la période menstruelle, et qu'elle s'est écoulée ensuite quand la muqueuse tubaire est devenue moins épaisse.

OBS. 58. — GUERMONPREZ. (*Soc. des Sc. médic. de Lille*, 2 mai 1894).

« Dans un cas d'hématosalpinx, la trompe était sentie dilatée dans le cul-de-sac de Douglas. La malade était chloroformisée, le spéculum appliqué; le thermocautère allumé, l'auteur faisait le toucher pour s'assurer du point où il rencontrerait des adhérences, pour éviter aussi le péritoine, quand tout à coup, grâce à cette pression peut-être, le liquide hémattique s'écoula par l'utérus et la tumeur disparut. On continua le traitement médical, la malade guérit, et la guérison s'est maintenue. » *In Journ. des Sc. méd.*, 1894, T. II, p. 58).

Hématosalpinx guéris par ponction ou autre procédé conservateur.

OBS. 59. — *Hématosalpingite gauche.* (O. ALBERTS. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1878).

Th..., 28 ans, réglée à 20 ans avec irrégularités pendant 4 ans, mais normales ensuite. Au 3^e jour des dernières règles, traumatisme léger de l'hypogastre; suivi de la cessation brusque du flux et douleurs violentes dans le bas-ventre. Celles-ci persistèrent avec des exacerbations et des rémittences.

Le 15 mai, on trouve une tumeur elliptique, douloureuse, du volume d'un gros œuf de poule, en connexion avec la corne utérine gauche et s'étendant vers la fosse iliaque gauche; elle paraît être constituée par une collection liquide, limitée par des parois épaisses.

Le 6 Juin, *ponction vaginale* qui donne issue à 138 gr. environ d'un liquide sanguinolent, sans odeur. La malade sort le 2 juillet, en parfait état.

OBS. 60. — *Un cas de grossesse consécutive à la guérison par ponction d'une double collection tubaire.* — (BETRIX. *Nouv. arch. d'obst. et gyn.* 94)

M^{me} B.., 27 ans, réglée à 16 ans, d'une façon normale, a eu 3 gros-

resses à terme et une fausse couche provoquée de 5 mois. Le dernier accouchement date de cinq ans. Un an après, elle a subi un curetage utérin et une opération d'Emmet pour leucorrhée. Depuis lors santé excellente jusqu'en juillet 1892. A cette date, violentes douleurs dans le côté droit du bassin, s'irradiant dans la région lombaire et la cuisse correspondante, très aiguës, mais intermittentes et accompagnées d'un léger écoulement jaunâtre; en plus, des nausées, des frissons, la température ne dépassant pas 38°5. Ce premier accès de coliques tubaires dura deux jours, puis les mêmes douleurs apparurent le jour qui précéda les règles. Nouveaux accès aux mois de septembre et d'octobre.

Le dernier est beaucoup plus violent, et le traitement antiphlogistique et narcotique ne produit que peu de soulagement. L'exploration est très douloureuse. Transport de la malade à la clinique du professeur Vuilliet, et opération le lendemain matin. Temp. S. : 38°6.

26 octobre 1892. Narcose à l'éther. L'utérus, un peu augmenté de volume, est immobilisé et légèrement repoussé à gauche et en avant par une tumeur du volume d'un œuf, siégeant à droite et en arrière de cet organe. La tumeur immobilisable, semble fluctuante; elle siége à une certaine distance des culs-de-sacs, mais bombe fortement dans le rectum. La trompe gauche semble contenir aussi du liquide.

Désinfection des parties externes et du vagin, ponction par le vagin de la tumeur droite à l'aide d'un trocart de moyen calibre : il s'écoule un liquide sanguinolent, visqueux, couleur lie de vin, trouble et sans odeur. On active l'écoulement à l'aide d'une pression modérée faite par la voie rectale. Lavage de la poche avec la solution tiède de sérum artificiel (formule Travel); puis injection dans la poche d'une très petite quantité de solution phéniquée à 3 0/0 et retrait de la canule. La quantité totale de liquide évacué est de 35 gr. L'exploration après la ponction permet de constater l'intégrité de l'ovaire droit. Lavage et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Examen du liquide. A l'examen microscopique, on trouve un mélange de sang et de pus : l'examen bactériologique et les cultures donnent des résultats absolument négatifs. La culture spéciale pour gonocoques sur sérum humain, n'a pas été faite.

Suites opératoires simples : les douleurs cessent absolument et la malade rentra chez elle le 10^e jour. Revue un mois plus tard, elle ne présente aucun symptôme douloureux. Règles normales. Utérus mobile; en arrière et à droite on sent autour de la trompe une zone épaissie, mais indolore. A gauche, on sent encore le renflement de la trompe : il semble un peu plus gros. Lencorrhée abondante

Le 23 janvier 93. L'utérus, de volume normal est très légèrement incliné à droite. Dans le cul-de-sac droit, il n'existe plus trace de tumeur, la trompe est un peu épaissie et plus rigide. — A gauche, le renflement tubaire est du volume d'une grosse noix, en arrière et accolé à l'utérus.

Ponction de la tumeur gauche dont il s'écoule environ 15 grammes de liquide séreux, transparent, coloré en jaune. Pas de lavage. — Curetage utérin et injection iodée. Colpopérinéorrhaphie pour remédier à un petit prolapsus de la paroi vaginale postérieure : suture à la soie. — Dermatol et gaze. — Durée de l'intervention, 40 minutes ; suites très simples. — Sortie de la clinique 15 jours après l'opération. — Le périnée est solide et maintient absolument le prolapsus.

Depuis lors, la malade a joui d'une santé excellente : les règles sont normales. Augmentation notable de poids. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que depuis octobre 1893, il est survenu une cessation de règles, due à un commencement de grossesse, et qu'actuellement ma malade est arrivée sans aucun malaise au 6^e mois de sa grossesse. — Elle a suivi son cours régulier et normal.

OBS. 61. — GOULLIQUET. *Hématosalpinx gauche*. — *Ponction et débridement vaginal*. — *Guérison persistant dix-huit mois après*.

J. M..., 27 ans, entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne le 25 juin 1889.

Bien réglée depuis l'âge de treize ans, a été mariée à 17 ans et a eu quatre enfants, le dernier il y a deux ans. Dit souffrir à gauche depuis cinq ou six ans, mais modérément. Il n'y a que deux mois que les douleurs sont devenues vives. La malade croit avoir une tendance aux hémorrhagies, ses règles sont très abondantes, avec caillots ; elle perd quelquefois deux fois dans un mois et huit jours chaque fois. Croit avoir perdu exceptionnellement à ses accouchements.

Au toucher : utérus antéversé est porté à droite. Derrière la branche gauche du pubis, on sent une collection étendue transversalement, tenant à la corne utérine gauche, pouvant être renversée en arrière avec l'utérus, on porte immédiatement le diagnostic de collection tubaire.

26 juin. — Ponction par M. Laroyenne en arrière de l'artère utérin gauche, après avoir fait basculer en arrière l'utérus et la tumeur, pour la rendre accessible. Écoulement de sang noir, anciennement collecté.

Les six premiers jours, quelques vomissements alimentaires, écoulement odorant, cessant après un lavage. Pansements rares à la gaze iodofornée.

Sortie le 3 août ayant un trajet de 1 centimètre. La malade revue en septembre 1889 se dit très bien, ne souffre plus, peut faire plusieurs kilomètres à pied. Pas de dyspareunie ; les dernières règles ont duré cinq jours, n'ont été ni douloureuses, ni trop abondantes.

Dernières nouvelles, lettre du 13 février 1891, confirmant la guérison.

Obs. 62. — *Hématosalpinx gauche vidée par la cavité utérine après dilatation de cette dernière.* (JAYLE. In Th. CESTAN. Paris, 1894).

Louise G. . . , 24 ans, entre le 21 mars 1893, à l'hôpital Saint-Antoine pour des douleurs abdominales et des métrorrhagies. Début en décembre 1892 ; pendant tout ce mois, des pertes rouges assez abondantes. En janvier elles ont cessé, mais sont revenues le 15 février pour ne plus revenir.

État actuel. — Phénomènes de pelvi-péritonite : les culs-de-sac, surtout le gauche et le postérieur sont occupés par une masse irrégulière, douloureuse, remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Il est impossible de délimiter le corps de l'utérus. Le col est ramolli et l'orifice entr'ouvert. De plus, les seins ont augmenté de volume depuis décembre. Le diagnostic porté est : grossesse probable compliquée de salpingite double (plus accentuée à gauche) et de pelvi-péritonite.

Sous l'influence du repos et d'un traitement médical, les douleurs ont peu à peu disparu ; la température qui était lors de l'entrée de 38°5 le soir, est tombée à 37°5 le soir et n'a plus reparu. Les pertes rouges, bien que peu abondantes, n'ont pas cessé. Du côté du petit bassin, l'examen est devenu peu à peu plus facile et le 8 mai on constatait nettement l'état suivant : Col mou. Utérus normal, rejeté à droite. A gauche, tumeur mobile, assez dure, irrégulière, non fluctuante, peu douloureuse, de la grosseur d'une orange, un peu allongée transversalement, ne déprimant pas le cul-de-sac, mais rejetant l'utérus à droite. A droite, annexes perceptibles sous forme d'un petit cordon.

D'autre part, les seins sont un peu gros, légèrement vascularisés, et picotent depuis une quinzaine ; quelques tubercules de Montgomery, surtout à droite.

Le diagnostic reste hésitant entre grossesse tubaire et salpingite kystique gauche : A droite, salpingite parenchymateuse légère. La malade refuse la laparotomie et réclame un curetage.

Le 9 et le 10 mai, dilatation utérine à l'aide de laminaires.

Le 11. La malade a perdu du sang noir depuis hier. Craignant l'effet

nuisible du curetage s'il s'agissait d'une hématosalpinx ou d'une grossesse tubaire, je décide enfin la malade à subir la laparotomie.

La laminaire est retirée et remplacée par une mèche de gaz iodoformée. La malade perdit abondamment du sang noirâtre, avec quelques caillots, les trois jours suivants. On constata alors que la tumeur gauche avait disparu. Elle s'était vidée dans l'utérus, sans doute sous l'influence de la dilatation utérine.

Quinze jours après, la malade quittait l'hôpital ; elle ne ressentait pas de douleurs et ne perdait plus.

OBS. 63. — LE DENTU. (*Gazette des Hôpitaux*, 1892).

« J'ai communiqué au Congrès de chirurgie de 1891 les observations de deux femmes qui avaient subi antérieurement l'extirpation des annexes. Il leur restait un tronçon de trompe qui s'était rempli de sérosité et de sang et était le siège de douleurs extrêmement vives. La dilatation prolongée de l'utérus amena l'écoulement, à un moment donné d'une boue sanguine poisseuse, et, à partir de ce moment, les douleurs ont cessé. Ces deux malades que j'ai revues récemment, dont l'une a été traitée il y a plus de deux ans, l'autre il y a 18 mois, sont restées guéries. »

Observations diverses.

Sous cette rubrique, nous rangeons une série de cas qui nous ont paru présenter quelque particularité intéressante, au point de vue de leur évolution ou de leur traitement.

OBS. 64. — *Hématosalpinx droit. — Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Opération de Péan. — Guérison.* (In thèse BAUDRON).

M^{me} B..., 44 ans, entre le 10 juin 1892. Régliée à 17 ans, d'abord régulièrement pendant un an ; puis deux interruptions l'une de 6 mois, l'autre d'un an et enfin menstruation régulière. Mariée à 22 ans ; premier enfant à 23 ans, second à 26 ans, troisième à 29 ans. Couches normales. Il y a 7 ans, légère métrorrhagie ; à plusieurs reprises, coliques utérines. Il y a un an, réapparition des pertes de sang qui n'ont pas cessé, sauf en septembre et octobre. Ecoulement sans odeur. Pas de douleurs ; bon état général.

Examen. — *Utérus* : col mou, gros, entr'ouvert. Corps volumineux remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; hystéromètre, 42 cent. — *Annexes* : à droite, tumeur du volume d'une tête de fœtus accolée à l'utérus ; à gauche, tumeur plus petite, du volume du poing. — *Diagnostic* : Sarcome de l'utérus ? Hématosalpinx double.

Hystérectomie vaginale le 20 juin 1892 (Dr Segond). — Ablation de l'utérus par évidemment en 18 morceaux. Aspect de tissu sarcomateux. Ablation complète des annexes droites. L'ovaire est transformé en un kyste hémattique contenant environ deux verres de liquide. Ablation complète des annexes gauches : hématosalpinx du volume d'une orange. L'utérus pèse 15 grammes. — Huit pinces. Durée : 40 minutes.

Suite opératoire bonnes. Ablation des pinces au bout de 40 heures, des tampons le 4^e jour. La malade se lève le 20^e jour et part guérie au bout d'un mois. En mars 94, guérison absolue.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait seulement d'une métrite parenchymateuse.

OBS. 65. — *Hémato-salpinx énorme : laparotomie exploratrice suivie immédiatement de l'opération de Péan.* — (CHAPUT Soc. anal. Octobre 94).

Mme X..., couturière, 27 ans, entre le 15 juillet 1891 à la Salpêtrière, service de M. Terrillon que je remplace, Mariée il y a onze ans, elle a eu un seul enfant mort à l'âge de 4 mois. Accouchement normal et sans accidents consécutifs. Fièvre typhoïde il y a un an. Quatre mois après sa guérison, les règles jusque-là normales furent abondantes et durèrent cinq semaines. Elle séjourne alors 17 jours à l'hôpital. Les pertes s'étant arrêtées, elle refusa l'opération qu'on lui proposait et rentra chez elle. Il y a deux mois et demi, elle a eu une hémorrhagie qui ne s'est pas arrêtée. Les douleurs, vives les premiers jours, se sont calmées depuis.

A l'entrée, pas de douleurs, état général assez satisfaisant.

Au *toucher*, col abaissé et porté à droite et en avant ; corps volumineux, arrondi, rétrofléchi et porté à gauche. Au-dessus et à gauche de l'utérus, existe une masse volumineuse, dure, irrégulière non fluctuante, douloureuse à la pression. Elle remonte à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis. Les mouvements que l'on imprime à cette masse se transmettent mal à l'utérus. — *Diagnostic* : salpingite purulente.

Le 21 juillet 1891, M. Chaput exécute la laparotomie médiane. On constate l'existence d'une grosse tumeur kystique, adhérente au bassin, au rectum, à l'utérus. Son énucléation paraissant impossible, le ventre est refermé et on procède immédiatement à l'opération de Péan.

Débridement de la vulve à gauche. Incision circulaire sur le col, pincement préventif des ligaments larges et morcellement. Deux pinces sont placées de chaque côté sur le ligament large. Au cours de l'opération, on ouvre à gauche une énorme poche à parois épaisses remplie de caillots anciens. Une seconde poche semblable est superposée à la première. Un grand diverticule se prolonge en arrière et à droite. Lavage au sublimé, tamponnement iodoformé, suture de la vulve. — La malade sort guérie au bout de trois semaines.

Examen des pièces. — L'utérus d'un volume normal, mesure de 10 à 12 centimètres de hauteur. Les débris de la poche sont irréguliers : à leur face interne qui ressemble à la paroi interne du cœur, des couches de caillots anciens sont intimement adhérents.

L'examen histologique fait par M. le docteur Pilliet, a montré que la poche était creusée sous le ligament large, non dans la trompe. Il s'agissait donc d'une grossesse primitivement tubaire, puis enkystée par soudure au-dessus de l'œuf des franges de la trompe enflammée puis interstitielle et développée dans le ligament large. Le caillot épais, contenait une cavité amniotique à parties lisses, sans fœtus et quelques villosités rares.

Obs. 66. — *Hémato-salpingite suppurée évacuée par le rectum.* — *Laparotomie.* (Pozzi. *Soc. de chir.*, 25 janv. 1888).

M. Pozzi présente une pièce relative à une hémato-salpingite suppurée. Le kyste de la trompe gauche est très grand, du volume des deux poings. Il contient encore quelques caillots ; toute sa surface est fongueuse, ses parois épaisses en certains points, minces en d'autres, notamment en arrière où existe une perforation par où le liquide de l'hémato-salpingite suppurée s'était évacué dans le rectum huit jours avant l'opération. A la suite de cette évacuation, la poche s'était de nouveau remplie de pus.

L'opération a été faite il y 3 jours, on a enlevé aussi la trompe et l'ovaire du côté droit atteints de lésions peu avancées. La malade va bien, la température n'a pas dépassé 37°.

OBS. 67. — *Hématosalpinx volumineux, communiquant avec l'intestin.* (DEWANDRE Soc. belge de gyn. et d'obst., 26 fév. 93).

Jos... G..., 26 ans, servante, entre à l'hôpital le 4 décembre 1892. Accouchement il y a 4 ans, depuis lors, règles toujours très régulières, plus abondantes qu'auparavant. — Le 27 novembre, elle avait ses règles, et malgré cela s'est lavé le corps à l'eau froide. Le soir même, les symptômes de péritonite se sont déclarés (douleurs abdominales, vomissements, tympanisme, constipation opiniâtre), et persistaient encore lors de son entrée à l'hôpital. — T.: 39°, pouls petit, face pâle et grippée. — Palper abdominal très douloureux, par le toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac effacés, très douloureux, et la matrice immobile. — Lavements à l'eau salée additionnée d'huile, de sulfate de quinine, enveloppements humides du ventre, boissons glacées. La température descend jusqu'à 37°, mais les douleurs restent intenses et les vomissements continuent. — Le 14 décembre, aggravation des symptômes. T.: 39°.

Le 16, l'auteur examine la malade sous la narcose et cette fois, constate une tumeur volumineuse, parfaitement limitée, occupant le côté gauche, adhérente à la matrice, molle, faisant saillie à gauche dans le cul-de-sac postérieur où elle paraît très superficielle, L'hystérectomie donne 10 centimètres.

La laparotomie est décidée pour le 20.

Le 18, la malade évacue par l'intestin une grande quantité de sang noir mélangé à des matières fécales (deux litres). On diagnostique une grossesse extra-utérine dont le sac communique avec l'intestin. Le toucher rectal ne permet pas de déterminer le point d'ouverture. La faiblesse du pouls est excessive et un état syncopal imminent. Boissons stimulantes, glace.

Le 20, cœliotomie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur volumineuse, adhérente à la paroi en avant, à l'intestin grêle en haut, à l'S iliaque à gauche, et à l'utérus en bas. Elle est assez flasque, et formée par la trompe gauche. A l'incision, il en sort des caillots en quantité considérable qui ne contiennent aucun débris de fœtus. Cette grande cavité communique avec la partie de l'S iliaque par une ouverture elliptique de 3 à 4 cm. de longueur sur 2 cm. de largeur. Les bords en sont sphacelés et se déchirent à la moindre traction. La suture en étant impossible, l'auteur resèque une portion d'intestin de 5 à 6 cm. et procède à la suture d'après le procédé de Lembert ; elle est très pénible en raison de la friabilité du rectum.

Quant à la grande poche formée par la trompe, il est impossible de l'isoler, et il ne reste qu'à la bourrer de bandelettes de gaze iodoformée dont on fixe une extrémité à la partie inférieure de la plaie abdominale.

Traitement. Boissons stimulantes glacées, quatre gouttes de laudanum toutes les deux heures dans un peu d'eau additionnée d'éther. Le lendemain, le pansement doit être renouvelé; le surlendemain matin, collapsus et mort.

Autopsie. A l'autopsie, faite par l'interne, on constate que les points de suture de l'intestin ont cédé, et que tous les fils sont attachés à la portion du côlon. Des matières fécales sont répandues dans la cavité abdominale. La tumeur était formée par la trompe gauche. Pas d'autres renseignements.

OBS. 68. — MALHERBE. *Grossesse tubaire rompue dans le péri-
toïne, venant faire saillie au niveau du canal vaginal et pré-
sentant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. La-
paratomie latérale et ablation des annexes gauches.* — Soc.
Anat 11 janv. 95 (très-résumée).

Femme de 34 ans, prise brusquement de douleur abdominale avec syncope; immédiatement, une hernie qu'elle avait devient douloureuse, tendue; vomissements, pouls incomptable.

Incision au niveau de la tumeur comme pour une hernie inguinale. Sac très tendu qui, ponctionné, laisse écouler du sang liquide noirâtre; incisé, il est trouvé vide. Mais l'exploration du trajet inguinal à l'aide de la sonde cannelée est suivie aussitôt de l'écoulement d'une quantité considérable de sang noir. On prolonge l'incision sur la paroi abdominale et on trouve tout le petit bassin rempli de caillots et de sang liquide: la trompe de ce côté a le volume d'une noix et présente une petite déhiscence à sa partie postérieure. Ablation des annexes gauches. Toilette du péritoïne, drainage. — Suites opératoires bonnes, guérison rapide.

La trompe mesure à peu près le volume d'une noix. En examinant en arrière, on trouve une petite déchirure irrégulière par laquelle s'est faite l'hémorrhagie. Ovaire scléro-kystique.

OBS. 69. — *Hématocèle retro-utérine par rupture de grossesse tubaire. — Hystérectomie vaginale. — Mort par hémorrhagie.* (MERMET, Soc. Anat. 5 avril 1893.) (Résumée).

Louise O..., 33 ans, toujours bien portante, a cessé d'être réglée il y a 2 mois environ ; il y a 6 jours, symptômes du début de l'*hématocèle cataclysmique* ; à son entrée, facies péritonéal, pouls petit, filiforme, douleurs abdominales vives, vomissements, apyrexie. Ventre ballonné, cul-de-sac postérieur rempli par une tuméfaction dure, plus molle au centre, du volume d'une tête de nouveau-né.

Traitement médical : repos, glace. Pendant 2 jours, les symptômes locaux et génitaux persistent ; l'hémorrhagie interne semble continuer.

Opération le 4^e jour après son entrée, le 10^e après le début des accidents. Incision du cul-de-sac vaginal postérieur : issue d'un litre et demi environ de sang noirâtre, marc de café ; l'hémorrhagie semble continuer, on enlève l'utérus par faciliter l'hémostase, mais on ne peut atteindre les annexes. On fait l'hémostase avec les pinces clamps placées sur les ligaments larges. — Mort 10 heures après, avec phénomènes de collapsus.

Autopsie. — Toute la cavité pelvienne remplie de caillots récents, rougeâtres ; sur ses parois, caillots noirâtres, ramollis, reposant sur un péritoine épaissi. Annexes gauches saines. A droite, trompe kystique remplie par un coagulum ferme à couches concentriques avec déchirure.

OBS. 70. — *Grossesse tubaire. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.* (DELAUNAY. Bull. de la Soc. Anat. mars, 1893.)

Mme C. C..., 31 ans, entre à l'hôpital Péan le 3 mars 1893. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, toujours bien, pas de grossesse, pas de fausse couche. Dès 24 ans, douleurs dans le bas ventre qui s'exagéraient au moment des règles et ont persisté depuis. Il y a 7 ans, métrorrhagie abondante pendant 10 jours ; il y a 2 mois, nouvelle métrorrhagie qui n'avait cessé que depuis 8 jours.

Col petit, dévié à gauche. Dans le cul-de-sac gauche et au niveau de la corne utérine, tumeur qui semble se continuer avec l'utérus, mobile avec lui ; utérus hypertrophié, à droite, tumeur mobile du volume d'une noix, lisse, arrondie, rénitente, qui paraît être l'ovaire kystique.

Diagnostic : fibrome du fond de l'utérus. *Hystérectomie* le 7 mars. Morcellement de l'utérus, dont le fond, très adhérent, est libéré et

enlevé. On constate alors qu'il n'y a pas de fibrome, mais dans la profondeur, on voit une tumeur du volume d'un œuf, très adhérente à l'épiploon; on l'enlève et on constate qu'elle est formée par la trompe dilatée dans son tiers moyen.

On enlève également les annexes du côté opposé. Guérison.

La trompe gauche contient un gros caillot sanguin, entouré d'une sorte d'enveloppe. L'orifice interne est oblitéré. Le pavillon est libre et l'ovaire ne présente que quelques petits kystes séreux à sa surface. L'ovaire droit présente un gros kyste sanguin; la trompe paraît saine. L'examen histologique pratiqué par M. Brault a montré qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire.

Obs. 71. — *Laparosalpingotomie faite en 1784 en Russie* (1).

Dans la *Rev. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Saint-Petersbourg*, M. Schlesinger cite un cas de laparosalingotomie faite en 1784 par le procédé qui est connu aujourd'hui sous le nom de Volkmann.

Seydel décrit cette opération dans la thèse qui a pour titre « *Observatio et historia medica de tumore tubæ fallopianæ*, etc.

Une femme de 42 ans, multipare, ayant fait une fausse couche deux années avant la maladie actuelle, présentait depuis l'été de 1788 une tumeur ronde et dure au bas-ventre, à droite. Cette tumeur avait d'abord l'aspect d'un utérus gravide de trois mois. Mais avec le temps elle augmentait de plus en plus de volume. Des poussées aiguës se manifestaient souvent, surtout au moment des règles, et étaient accompagnées de vives douleurs. Enfin, cette tumeur atteignit la grosseur d'une tête d'enfant de 2 ans, et devint plus mobile. L'examen permit de constater qu'elle était attachée à l'utérus par un pédicule court et dur. Pendant l'hiver de la même année, les règles devinrent irrégulières et les douleurs presque constantes. L'auteur pensa qu'il y avait une lésion de l'ovaire droit. Sans se prononcer définitivement sur la nature de la tumeur, il ne crut pas cependant que la malade pût en guérir spontanément, et lui proposa la laparotomie sans lui cacher le danger que présente cette opération. La malade consentit à se faire opérer. Pour cela, elle fut préparée par un traitement préalable : on lui faisait prendre des bains, on lui donnait à l'intérieur de légers purgatifs et de l'écorce de

(1) Cette observation rapportée dans la thèse de Monprofit (Salpingites et ovarites. Paris 1878) a été traduite par Mme AI. TRATCHEFF, dans la *Gaz. heb. des sciences méd. de Montpellier* du 7 janvier 1888.

Pérou (quinquina). Avant de commencer l'opération, on lui administra du laudanum, du sirop de pavots blancs et de liqueur de Hoffmann.

L'opération fut faite le 21 février 1784, à Sarepta, département d'As-trakan. Après avoir fait une incision oblique des ligaments de l'abdomen, en partant de l'ombilic jusqu'à l'anneau inguinal (cette incision passait juste par le milieu de la tumeur), l'opérateur ouvrit le péritoine avec un bistouri boutonné et recourbé, se gardant sur les doigts. Il mit des ligatures sur trois veines. Les intestins sortis furent rentrés et retenus par une serviette trempée dans du *lait tiède*. La tumeur, sphérique, fluctuante, à parois résistantes, était attachée à l'utérus par un pédicule, tandis que son sommet atteignait la crête iliaque. Par sa surface latéro-postérieure, elle adhérait tellement aux muscles et aux organes voisins que l'opérateur fut dans l'impossibilité de l'en détacher.

Il se décida à l'ouvrir. Cette ouverture donna issue à *un liquide inodore, épais, gluant, couleur chocolat* ; il y en avait au moins un litre et demi. Un examen attentif des organes, sur plan, permit à l'opérateur de se convaincre qu'il avait affaire, non à une tumeur de l'ovaire, mais bien à une *tumeur de la trompe*. Après l'évacuation de la poche, on y versa de la décoction d'écorce du Pérou, de la solution de myrrhe et on y introduisit une mèche de charpie trempée dans le baume d'Arceus. Pour empêcher les anses intestinales de contracter des adhérences avec le péritoine, on les en sépara par des bandelettes de toile enduites d'huile de rose. La plaie abdominale fut pansée avec de la toile et un emplâtre ; plus tard on mit des sutures ; pendant les premiers jours on étanchait le liquide au moyen d'un tube en argent ; mais comme l'écoulement se faisait mal, l'opérateur aspira avec sa bouche ce liquide fétide et épais. Il exécutait cette opération quatre fois par jour, et autant de fois aussi on changeait le pansement. La miction se faisait soit normalement, soit au moyen d'une sonde. La fièvre dura jusqu'au commencement du mois de mars, mais à partir du second septénaire l'état s'améliora d'un jour à l'autre, l'écoulement se tarit, la plaie se ferma et la malade se rétablit complètement. Deux ans après l'opération, Seydel a eu des nouvelles de sa malade qui jouissait d'une santé parfaite.

CONCLUSIONS

I. L'hématosalpinx, sans constituer une entité morbide absolument définie, mérite une description spéciale en raison des particularités de sa pathogénie et de son évolution.

II. Sa pathogénie n'est pas unique. Dans la presque totalité des cas, il a pour point de départ soit une salpingite hémorragique, soit, et plus souvent peut-être, une grossesse tubaire arrêtée dans son évolution.

Dans la salpingite hémorragique, le développement considérable de la vascularisation, l'influence de certaines causes congestives, expliquent la production de l'épanchement sanguin. L'oblitération des orifices tubaires, nécessaire à l'enkystement du sang, est facilement réalisée dans ces cas.

Dans la grossesse tubaire avortée, la persistance, démontrée par l'examen microscopique, des villosités choriales au niveau de la paroi de l'oviducte est la cause des hémorragies. Leur atrophie progressive a en effet pour résultat de désobstruer les vaisseaux maternels.

Dans les deux formes, l'inflammation de la trompe joue un rôle considérable.

III. Après avoir donné lieu à des symptômes en général peu différents de ceux des autres salpingites kystiques, l'hématosalpinx évolue le plus souvent vers la suppuration, ou vers la rupture. Son évacuation spontanée, possible dans quelques cas, est rarement définitive. C'est dire que le pronostic en est grave.

IV. Le diagnostic, possible assez souvent, se basera sur une étude attentive des signes physiques et surtout des symptômes fonctionnels. En général l'hématosalpinx se distinguera des autres collections tubaires par l'augmentation brusque ou rapide

du volume de la trompe chez une femme présentant des symptômes de salpingite ou de grossesse extra-utérine — et, malgré des crises aiguës, par l'absence d'élévation de la température.

V. Le traitement de l'hématosalpinx, variable suivant les formes et suivant les complications qu'il présente doit souvent, mais non toujours, être radical.

L'extirpation des annexes met en effet la malade à l'abri des hémorrhagies successives et surtout des dangers de la rupture. Sans repousser absolument l'hystérectomie vaginale on s'adressera alors de préférence à la laparotomie. Mais, dans certains cas spéciaux, on pourra essayer un traitement moins radical, soit par la méthode indirecte, soit par la ponction et l'incision vaginales.

Dans les cas compliqués de rupture, si les symptômes sont assez graves pour exiger une intervention immédiate, on aura recours à la laparotomie.

Pour les cas compliqués d'hématocèle rétro-utérine, c'est à l'incision vaginale que l'on donnera la préférence, sauf à recourir à la laparotomie ou à l'hystérectomie dans quelques circonstances exceptionnelles.

Vu : le Doyen :

BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alberts.** — Hematosalpinx, hématoécèle et théorie du reflux. *Arch. für Gyn.* Bd. XXIII 1884.
- Altman.** — *Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et de son traitement.* Thèse de Paris 1893-94.
- Aran.** — *Maladies de l'utérus.* Paris, 1858.
- Ballantyne et William.** — The Histology and Pathology of the Fallopian Tubes *British med. Journ.*, Jan. 17, 24, 1891.
- Baudron.** — *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.* Thèse de Paris 1894.
- Bantock.** — Hematosalpinx et maladie hystique des ovaires. *Brit. med. Journ.*, 4 février 1888.
- Becquérél.** — *Traité clinique des maladies de l'utérus.*
- Bernutz.** — *Archives générales de médecine*, 1848.
 — Del'hématoécèle retro-utérine. *Arch. de tocologie* 1884-85
 — et **Goupil.** — *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, 1860.
- Béatrix.** — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1894.
- Binaud.** — *De l'hématoécèle pelvienne intra-péritonéale.* Thèse de Bordeaux 1892.
- Boivin et Dugès.** — *Maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1833.
- Bouilly.** — *Manuel de pathologie externe*, t. IV
 — *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1890-1891.
- Camelot.** — Contribution à l'étude de l'hématosalpinx. *Journ. des Sc. méd. de Lille et Arch. de tocol. et de gynécol.* 1893.
 — Note sur la pathogénie de l'hématosalpinx. *Bull. de la Soc. Anatomique-Clinique*, 1893.
- Cestan.** — *Des hémorrhagies intra-péritonéales considérées surtout dans leurs rapports avec la grossesse tubaire.* Thèse de Paris 1894.
- Christoyanaki.** — *Contribution à l'étude de l'hématosalpingite.* Thèse de Paris 1892.

- Coe.** — *American Journal of obstetrics*, 1892.
- Cornil.** — Anatomie pathologique des métrites et salpingites, 1889.
— et **Terrillon.** — *Archives de physiologie*, 1887
- Coulom.** — Contribution à l'étude de l'hématosalpinx. Thèse de Bordeaux 1890.
- Courty.** — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.
- Croom.** — *Edinburg med. and surg. Journal*, oct. 1891.
- Cruveilhier.** — Anatomie pathologique générale, 1862.
- Cullingworth.** — Effusions of blood into the Fallopian tube (*S. Thomas' s hosp. Rep. XXI*, 1893).
- Dagot.** — De la nature de quelques hématosalpinx. Thèse de Paris, 1891.
- Delbet.** — Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.
— *Société anatomique*, 8 avril 1892.
- Dewandre.** — Hemato-salpinx volumineux communiquant avec l'intestin. (*Repert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1893).
- Dolérís.** — De la thérapeutique conservatrice dans les salpingo-ovarites (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891-92).
— *Soc. de Biologie*, 21 décembre 1888.
— *Journal de médecine de Paris*, 1889 nos 7 et 8.
— *Société d'obstétrique et de gyn. de Paris* 12 juin 1890.
— Grossesse extra-utérine et hématosalpinx. (*Nouv. Arch.* 1891).
- Doran** (Alban). — *British medical Journal*, 10 octobre 1891.
- Dranitzine.** — Grossesse tubaire double (*Repert. univ. d'obst. et de gyn.* 1894).
- Duncan.** — Maladies chroniques des annexes (*Brit. med. Journ.* 17 janv. 1891).
- Emmet.** — *La pratique des maladies des femmes*. Trad. franç. Paris 1887.
- Favell** (Richard). — Môle tubaire (*Brit. med. Journ.* 13 mai 1893).
- Fenerly.** — *De l'hématocèle retro-utérine*. Thèse de Paris 1855.
- Ferreira de Castro.** — *Salpingite. Essai d'histologie pathologique*. Thèse de Porto 1891.
- Gallard.** — Hématocèles peri-utérines spontanées. *Arch. de méd.* 1860.
- Gauthier.** — *Rupture de la grossesse tubaire et avortement tubaire*. Thèse de Paris 1893.
- Gendrin.** — *Traité philosophique de médecine pratique* 1839. T. II.

- Gobillot.** — *Avortement tubaire.* Thèse de Paris 1894.
- Gouillioud.** — Débridement vaginal des collections pelviennes. *Arch. de Tocologie*, 1891.
- Guêmes.** — *De l'hémato-salpingite.* Thèse de Paris 1888.
- Guérin.** — *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1878.
- Guyon.** — *Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité.* Thèse de Paris 1858.
- Haen (De).** — *Ratio medendi*, 1764.
- Hamilton.** — *New-York medical Journal*, Fev. 1890.
- Hanks.** — *American Journal of obstetrics*, Jan. 1890.
- Hartmann et Raymond.** — Note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites. (*Ann. de gyn. et d'obst.* sept. 1894).
- Heiberg.** — *Forhandl. idet norske med. Selskal*, 1891.
- Hotman de Villiers (d')** Etude sur les collections intra-pariétales des trompes. Thèse de Paris 1891-92.
- Imlach.** — *Brit. med. Journ.* 1886. T. I, p. 339.
- Jacobs.** — Hématocèle et hématosalpinx. *Société Belge d'obst. et de gyn.*, 1894.
- Jouon.** — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Thèse de Paris 1891-92.
- Keiffer.** — Grossesse tubo-ovarienne. *Société Belge d'obst. et de gyn.* 17 juin 1894.
- Keller.** — Zur Diagnose der Tubengraviditat. *Zeisschr. für geb. und. gyn.*, Bd. XX. 1891.
- Klein.** — Zur anatomie der Schwangeren Tube. *Zeits. für geb. und. gyn.*, Bd. XX. 1891.
- Knaggs (Lawford).** — An unusual case of hæmatosalpinx. *Brit. med. Journal*, 13 mai 1893.
- Laboulbène.** — Hémorrhagie tubaire et hématocèle. *Soc. de Biologie*, 1852.
- Landau (Léopold).** — Diagnostic et traitement des collections tubaires. *Congrès de Berlin et Annales de gynécologie*, 1890.
- Des salpingites. *Arch. de Tocologie*. T. XIX.
- Lavie.** — Des salpingites. Thèse de Paris 1888.
- Le Dentu.** — La grossesse extra-utérine. *Gazette médicale de Paris*, 7-14 mars 1891.
- *Congrès français de chirurgie*, 1891.
- Traitement des affections inflammatoires des annexes, *Gaz. des Hôpitaux*, 1892.

- Letenneur.** — *Gazette des hôpitaux*, 1864.
- Loridant.** — *Contribution à l'étude du traitement indirect des salpingites*. Thèse de Paris 1894.
- Mann.** — Trois cas de grossesse tubaire. *Amer. Journ. of obst.*, fév. 1891.
- Martin.** — *Traité clinique des maladies des femmes* Trad. franç. Paris 1889.
- *Congrès d'Heidelberg*, sept. 1889. *Centr. für gyn.*
- Grossesse extra-utérine. *Congrès de gyn. de Bruxelles*, 1892.
- Monprofit.** — *Salpingites et ovarites*. Thèse de Paris 1888.
- Mordret.** — *Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites*. Thèse de Paris 1891.
- Mundé.** — *American Journal of obstetrics*, 9 janv. 1887.
- Orthmann.** — Ueber Tubenschwangerschaft in der ersten Monaten. *Zeits. für Geb. und gyn.*, 1891. Bd. XX.
- Ozenne.** — Des salpingites. *Archives générales de médecine*, mai, juin 1890.
- Petit.** — *Congrès de gyn. de Bruxelles*, 1892.
- Pilliet.** — *Bull. de la Société anatomique de Paris*, 27 mars 1891.
- *id.* 17 avril 1891.
- *id.* 12 mai 1893.
- *id.* 22 juin 1894.
- Des ruptures de la trompe gravide. *Progrès médical*, 7 octobre 1893.
- Études sur l'avortement tubaire. *Progrès méd.* 7 av. 94.
- et **Baudron.** — *Soc. anat.*, 29 mai 1891.
- Poncet.** — De l'hématocèle rétro-utérine. *Thèse d'agrégation*, 1877.
- *Article hématocèle du Dict. Encyclop. des Sc. médic.*
- Potier.** — *Société Anatomique*, 15 juillet 1892.
- Pozzi.** — *Société de Chirurgie*, 25 janv. 1888.
- *Traité de gynécologie*, Paris 2^e édit. 1892.
- Puech.** — De l'hématocèle utérine. *Montpellier*, 1858.
- Reclus.** — *Gaz. des hôpitaux*, 28 mars 1893.
- Reynier.** — *Société de Chirurgie*, juin 1891.
- Reymond.** — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites. Thèse de Paris 1893.
- Richard Favell.** — Môle tubaire. *Brit. med. Journ.*, 24 déc. 1892.
- Richelot.** — *Société de chirurgie* 1891.
- Robin.** — *In Thèse Fenerly*, 1855.

- Rokitansky.** — Handbuch der pathol. Anatomie, t. II.
- Routier.** — Étude sur les inflammations peri-utérines. *Rev. de Chirurgie*, 1889.
- Hématosalpingite consécutive à une cautérisation utérine par le chlorure de zinc. *Semaine médicale*, 1890.
- Savage.** — *British medical Journal*, 16 janvier 1886.
- Scanzoni.** — Maladies des organes sexuels de la femme. *Trad. Paris*, 1858.
- Schröder.** — Maladies des organes génitaux de la femme. *Trad. franç.*, 1886.
- Segond.** — Traité de chirurgie. T. VIII.
- Seuvre.** — Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et ses conséquences. Thèse de Paris 1874.
- Skene et Jewet.** — Grossesse extra-utérine. *Am. J. of obst.* oct. 90.
- Smith (A.).** — Grossesse tubaire. *Rep. un. d'obst. et de gyn.*, 1894 p. 478.
- Stephenson.** — Hématosalpinx. *Obstetr. Trans. Edinb.* 1887-88.
- Sutton (Bland).** — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. *London* 1891.
- Tubal abortions. *Brit. medic. Journ.* 12 nov. 1892.
- Tait (Lawson).** — *British medic. Journ.*, 1878 T. I, p. 933.
- *id.* 1885 T. II, p. 870.
- *Maladies des ovaires.* Trad. Olivier 1881.
- *Lectures on Ectopic pregnancy and pelvic hæmatocèle*, 1888.
- *Traité clinique des maladies des femmes.* Trad. Béatrix 1891.
- Teilhafer.** — *Centralb. f. gyn.*, 28 nov. 1891.
- Terrillon.** — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie*, 1887.
- *Revue de Chirurgie*, 1887 et 1889.
- *Bull. gén. de Thérapeutique*, 1887.
- *Bull. de l'Académie de médecine*, 1889.
- *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890.
- *Salpingites et ovarites*, 1891.
- et **Cornil.** — *Anatom. et phys. pathologiques de la salpingite et de l'ovarite. Annales de phys. norm. et pathol.*, 1887.
- Townsend.** — Cases of extra-utérine pregnancy *Boston medical and surgical Journal*, 1893. T. 129 p. 438.
- Trousseau.** — Leçons sur l'hématocèle cataméniale. *Gaz. des hôpitaux*, 1858.
- Tuttle.** — *Amer. Journ. of obst.*, janvier 1890.

- Veit.** — Ueber Hamatosalpinx. *Céutr. f. gyn.*, 30 mai 1891.
Voisin. — *Hématocèle rétro-utérine*, Paris 1838.
Wallther. — Dissert inaug., Giessen 1890.
Wells (Spencer). — *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*. Trad. franç.
Rodet 1886.
William. — *Brit. med. Journ.*, janvier 1891.
Wyllie (Gill). — *Medical Record*, 7 août 1886.

